



Det umulige prosjektet:

Hva er perfektjonisme, hvordan kan det forklares og behandles?

The Impossible Project:

What is perfectionism, how can it be explained and treated?

PSY-2901

Sabine Høier & Mette Sevaldsen

Veileder: Jan H. Rosenvinge

Hovedoppgave, profesjonsstudiet i psykologi

Det Helsevitenskapelige Fakultet, institutt for psykologi

Universitetet i Tromsø

Våren 2013

Forord

Ideen til denne oppgaven kom da vi hørte om et pågående forskningsprosjekt vedrørende perfeksjonisme ved Universitetet i Tromsø. Fenomenet perfeksjonisme er fascinerende fordi mange forsøker å oppnå perfeksjon, selv om det er et umulig prosjekt. I tillegg opplever vi at temaet er lite vektlagt i undervisning og litteratur vi har lest gjennom studietiden. Dette førte til en interesse for å undersøke fenomenet nærmere.

Vi tok kontakt med Jan H. Rosenvinge for å forhøre oss nærmere om det pågående perfeksjonismeprojektet og etter en stunds overveielser bestemte vi oss for å skrive en teoretisk oppgave om emnet. Problemstillingen for oppgaven er utarbeidet av oss i samråd med veileder Jan H. Rosenvinge. Den skriftlige fremstillingen er utarbeidet av oss med skriftlig og muntlig veiledning.

Vi vil benytte anledningen til å rette en stor takk til veileder Jan H. Rosenvinge for kyndig veiledning og motivasjon. I tillegg vil vi takke Marit Sevaldsen, Sten Ove Lisø, Liv Karin Høier og Hans Høier for hjelp med korrekturlesing. Sist, men ikke minst rettes den største takk til tålmodige samboere Sten Ove Lisø og Børge Robertsen for moralsk støtte i tunge stunder.

Arbeidet med denne oppgaven har vært utfordrende og lærerikt. Det har vært en lang prosess å komme frem til det endelige resultatet, men vi har tilegnet oss mye lærdom vi vil benytte oss av som klinikere.

Sammendrag

Perfeksjonisme som psykologisk fenomen er kjent i faglitteratur fra begynnelsen av 1900-tallet. Det er forskjeller i hvordan perfeksjonisme defineres. Fellestrekk for definisjonene er at perfeksjonisme ses på som streben etter feilfrihet samt å sette ekstremt høye standarder for ytelse. Denne oppgaven forsøker å besvare tre problemstillinger: hva er perfeksjonisme, hvordan kommer det til uttrykk i psykiske lidelser og hvilke kliniske implikasjoner har slike uttrykk. For å besvare problemstillingene vil vi belyse hvordan perfeksjonisme har blitt forstått i eldre og nyere litteratur samt se på forskjellene mellom positiv og negativ perfeksjonisme. Psykologiske teorier for perfeksjonisme basert på psykodynamisk forståelse, læringsteori, personlighetsteori og kognitiv teori presenteres sammen med en drøfting av deres empiriske grunnlag. En systematisk gjennomgang av diagnosemanualener viser at perfeksjonisme omtales som et *sentralt* klinisk trekk ved tvangspreget personlighetsforstyrrelse og som et *perifert* klinisk trekk ved depresjon, sosial fobi, tvangslidelse og spiseforstyrrelser. Forskning som belyser assosiasjoner mellom perfeksjonisme og psykopatologi presenteres for ovennevnte lidelser, i tillegg til bipolar lidelse, narsissistisk personlighetsforstyrrelse og panikklidelse. Behandlingsopplegg for perfeksjonisme basert på intersubjektiv terapi, kognitiv atferdsterapi, aksept- og forpliktelsesterapi samt metakognitiv terapi forklares. Ulike utfordringer knyttet til behandling av perfeksjonisme gjennomgås i tillegg til en drøfting av hvordan utfordringene best kan imøtekommes.

Forord	3
Sammendrag	5
Forståelsen av perfeksjonisme i eldre og nyere litteratur	9
Positiv og negativ perfeksjonisme	12
Psykologiske teorier og forklaringsmodeller	14
Psykodynamiske forklaringsmodeller	14
Læringsteori	17
Personlighetsteoretiske forklaringsmodeller	19
Kognitive forklaringsmodeller	21
Modellenes empiriske grunnlag	24
Hvordan kommer perfeksjonisme til uttrykk i ulike psykiske lidelser?	26
Diagnosemanualer	27
Klinisk psykologisk forskning	30
Diskrepans mellom diagnosesystemer og forskning	37
I hvilken grad kan de ulike forklaringsmodellene bidra til økt forståelse av hvordan perfeksjonisme kommer til uttrykk i psykiske lidelser?	38
Perfeksjonisme som transdiagnostisk prosess	41
Kliniske implikasjoner	42
Behandling av perfeksjonisme	43
Kliniske utfordringer	52
Hvordan møte utfordringene i terapien?	56
Avsluttende kommentarer	58
Referanser	60

Perfeksjonisme og streben etter det perfekte finner vi som et gjennomgående tema i litteratur, malerkunst, musikk og i menneskers liv og virksomhet. Det gjelder å uttrykke noe perfekt, altså gjenskape det “perfekte”, eksempelvis et bilde av motiver i naturen eller en idé, visjon eller forestilling. Filosofisk har dette rot i Platons idélære: at alt menneskelig er replika av en slags ideell eller perfekt mal i en abstrakt idéverden. Perfeksjonisme i kunstneriske uttrykksformer dreier seg også om den perfeksjonistiske prosessen, der det er viktig for produktet at kunstneren har perfeksjonistiske trekk ved sin personlighet.

Streben etter å bli bedre er noe alle forholder seg til – mennesker kan streve etter å bli bedre, men kan også ta avstand fra det og til og med latterliggjøre slike overdrevne ambisjoner. Mange vil hevde at det perfekte ikke finnes. Shakespeare skrev; “*no perfection is so absolute, that some impurity does not pollute*” (Branfman & Bergler, 1955). Dette kan finnes igjen i forestillinger om menneskers svakhet og skrøpelighet samt i religiøs sammenheng uttrykt i tanker om iboende feilbarlighet eller syndighet.

Perfeksjonisme som fenomen er beskrevet i mange sammenhenger i psykologien. Perfeksjonisme kan ses på som et karakteristisk symptom ved flere lidelser, i særdeleshet spiseforstyrrelser og tvangslidelser. I tillegg kan perfeksjonisme bidra til å forverre utviklingen eller forløpet av lidelsen. Det er imidlertid sprikende forståelse for hvordan perfeksjonisme skal defineres. Et fellestrekk er at perfeksjonisme ses på som streben etter feilfrihet samt å sette ekstremt høye standarder for ytelse (Flett & Hewitt, 2002; Frost, Marten, Lahart & Rosenblate, 1990).

I denne oppgaven vil vi forsøke å besvare følgende problemstillinger: (1) hva er perfeksjonisme, (2) hvordan kommer det til uttrykk i ulike psykiske lidelser og (3) hvilke kliniske implikasjoner har slike uttrykk. For å besvare problemstillingene går vi gjennom hvordan perfeksjonisme som begrep og fenomen er blitt forstått fra eldre litteratur og frem til i dag og ulike teorier og forklaringsmodeller samt deres empiriske grunnlag. Vi vil foreta en systematisk gjennomgang av diagnosemanualene ICD-10 og DSM-IV for å vise hvordan perfeksjonisme kan fremtre i ulike psykiske lidelser, i tillegg til en gjennomgang av empirisk grunnlag for assosiasjonen mellom perfeksjonisme og psykopatologi. Til slutt beskrives kliniske tilnærminger i behandling av perfeksjonisme ved ulike typer psykiske lidelser.

Forståelsen av perfeksjonisme i eldre og nyere litteratur

Perfeksjonisme som psykologisk fenomen er kjent i faglitteratur fra begynnelsen av 1900-tallet. Freud omtalte streben etter perfeksjonisme som et aspekt ved narsissisme som

igjen er et uttrykk for en nevrotisk lidelse (Slade & Owens, 1998). Begrepet ble imidlertid nærmere beskrevet først på 1950-tallet. I Karen Horney's bok *Neurosis and human growth* fra 1950 beskriver hun splittelsen mellom en nevrotisk persons ekte selv og hans idealiserte selv. Den nevrotiske opplever at han aldri kan leve opp til sitt ideelle jeg, spesielt ettersom målene som settes er urealistiske og til dels umulige å oppnå. Horney (1950) beskriver denne perfektjonistiske tankegangen som "tyranny of the shoulds" og nevrotikerens stadige søken etter ære (Horney, 1950). Horney's beskrivelser av en slik splittelse mellom et ekte selv og et idealisert selv er et eksempel på hvordan perfektjonisme oppfattes som noe dysfunksjonelt.

På 1960-tallet begynte kognitive terapeuter å inkludere perfektjonisme i sin forståelse av psykopatologi. Tidlige kognitive teoretikere, som Albert Ellis og Aaron Beck, beskrev perfektjonisme som en dysfunksjonell holdning hos mennesker som kunne medføre økt lidelse.

Først på slutten av 1970-tallet finner vi beskrivelser i faglitteraturen av perfektjonisme som et normalfenomen og som et mulig positivt trekk ved mennesket (Hamachek, 1978). Dermed oppstår også behovet for å etablere måter å skille mellom den dysfunksjonelle og den funksjonelle perfektjonismen. Forskingen på negativ perfektjonisme er likevel overrepresentert (Terry-Short, Owens, Slade, og Dewey, 1995). I løpet av 1980 og 1990-tallet dreier diskusjonen seg mer om hvorvidt perfektjonisme også skal inkludere interpersonlige aspekter.

Historisk sett er perfektjonisme forstått som et endimensjonalt begrep der det kun ble vektlagt negative eller patologiske aspekter i form av *individets* dysfunksjonelle holdninger. Denne forståelsen baserer seg ofte på kliniske observasjoner slik som eksempelvis David Burns (1980) beskriver. Han definerer perfektjonisten som en med uoppnåelige høye standarder, en som tvangsmessig streber etter umulige mål og en som vurderer sin egen verdi utelukkende i forhold til produktivitet og prestasjon. Han skiller dette tydelig fra den *sunne* jakten på høye mål hos personer som oppnår en genuin tilfredsstillelse av å nå slike mål. Burns mente at perfektjonistenes driv etter å være perfekt kun ville være selvbekjempende (Burns, 1980).

En psykodynamisk forståelse av perfektjonisme er endimensjonal i den forstand at den vektlegger individets følelse av betinget aksept som underliggende faktor for ønsket om perfektjon. På den måten kan perfektjonisme være en tilpasning til ideen om at ens verdi i andres øyne er avhengig av å være så nær perfekt som mulig (Greenspon, 2000).

Etterhvert ble fokuset flyttet mer mot en flerdimensjonal tilnærming, blant annet med Hewitt og Fletts (1991a) og Frost og kollegers (1990) ulike mål på perfektjonisme. Det endimensjonale og det flerdimensjonale fokuset er forskjellig ved at det flerdimensjonale perspektivet på perfektjonisme tar utgangspunkt i både personlige og interpersonlige aspekter. Det flerdimensjonale fokuset vektlegger ulike former for perfektjonisme basert på om individet ilegger seg selv høye standarder eller blir pålagt høye standarder av andre.

Frost, Marten, Lahart og Rosenblate (1990) utviklet et flerdimensjonalt mål på perfektjonisme der de inkluderte skalaer på opplevelse av foreldres høye standarder samt nivå av foreldrekritikk. Litteraturen beskriver perfektjonister til å være mennesker som legger stor vekt på foreldrenes forventninger og evalueringer av dem. Tidlig forskning har antatt at perfektjonister har vokst opp i hjem der kjærlighet og aksept har vært betinget. Å gjøre feil eller å prestere under en gitt standard øker risikoen for å bli avvist av foreldrene og å miste deres kjærlighet. For perfektjonisten kan derfor selvevalueringer av ytelse ofte knyttes til foreldrenes forventninger og eventuell misbilligelse av perfektjonisten.

Frost et al. (1990) fant fem ulike dimensjoner av perfektjonismebegrepet. Opptatt av feil-komponenten (Concern over Mistakes) ble beskrevet som negative reaksjoner på å gjøre feil, en tendens til å tolke feil som om det er ensbetydende med mislykkethet og en tendens til å tro en vil miste respekten fra andre dersom en mislykkes. Personlig standard-komponenten (Personal Standards) går ut på at man setter veldig høye standarder og at man sterkt vektlegger disse standardene i evaluering av seg selv. Foreldreforventninger (Parental Expectations) handler om tendensen til å tro at ens foreldre setter veldig høye mål og er overkritiske. Tendensen til å føle at ferdige prosjekter ikke er godt nok utført inngår i tvil på handlinger-komponenten (Doubting of Actions). Den siste komponenten, organisering (Organization), går ut på å vektlegge viktigheten av og preferanse for orden og organisering (Frost et al., 1990).

Hewitt og Flett (1991a) utviklet et flerdimensjonalt mål på perfektjonisme omtrent samtidig med Frost et al. (1990). Hewitt og Flett fokuserte på tre perfektjonismekomponenter: selvrettet perfektjonisme (Self-Oriented perfectionism), utadrettet perfektjonisme (Other-Oriented Perfectionism) og sosialt foreskrevet perfektjonisme (Socially Prescribed Perfectionism). Selvrettet perfektjonisme beskrives som det å sette nøyaktige og høye standarder for seg selv, i tillegg til strengt å vurdere og kontrollere ens egen atferd. Det inkluderes også en motivasjonsfaktor i denne komponenten, som innbefatter streben etter å oppnå perfektjon samt forsøk på unngåelse av å mislykkes.

Utadrettet perfeksjonisme omhandler oppfatninger og forventninger om andres evner, ved at man har urealistiske standarder for betydningsfulle andre, vektlegger andres perfeksjon og vurderer andres prestasjoner strengt. En slik form for perfeksjonisme kan føre til at en lett legger skylden på andre, mangel på tillit og en følelse av fiendtlighet overfor andre. Denne dimensjonen kan på den negative siden relateres til kynisme og ensomhet, mens på den positive siden kan den assosieres med ønskede attributter, som ledelsesegenskaper eller forsterkning av andres motivasjon. Den sosialt foreskrevne formen for perfeksjonisme innebærer et oppfattet behov for å oppnå standarder og forventninger foreskrevet av betydningsfulle andre. Personen opplever at andre vurderer han eller henne strengt og utøver press på han eller henne om å være perfekt. Standarder som pålegges perfeksjonisten vil sannsynligvis oppfattes som ekstreme og ukontrollerbare. Dette vil henge sammen med erfaringer med mislykkethet og emosjonelle tilstander som sinne, angst og depresjon (Hewitt & Flett, 1991a). Å skulle leve opp til andres høye forventninger til enhver tid kan en intuitivt tenke seg vil føre til negative emosjoner og atferd fokusert på å glede andre.

I følge Flett og Hewitt (2002) kan det argumenteres for at den viktigste utviklingen innen forskning på perfeksjonisme er oppdagelsen av at perfeksjonisme som konstrukt er flerdimensjonalt. Inkludering av interpersonlige aspekter har bidratt til en bredere forståelse av fenomenet perfeksjonisme. Det kan imidlertid hevdes at den utstrakte bruken av de to flerdimensjonale målene har ført til en automatisk aksept av perfeksjonisme som et flerdimensjonalt konstrukt. Dette kan føre til at perfeksjonisme gjerne blir likestilt med høy sum på de flerdimensjonale skalaene (Shafran, Cooper, & Fairburn, 2002). Problemet med dette kan være at den opprinnelige oppfatningen av konstruktet forsvinner i den brede måten det måles på. Shafran et al. (2002) argumenterer for at det kun er dimensjonene selvrettet perfeksjonisme, personlig standard og opptatt av feil som er i nærheten av å måle det opprinnelige perfeksjonismekonstruktet. Videre foreslår de at de andre dimensjonene ikke vurderer perfeksjonisme i seg selv, men relaterte begreper.

Positiv og negativ perfeksjonisme

Distinksjonen mellom positiv og negativ perfeksjonisme er fremmet i nyere litteratur. Den positive kalles enten bare “positiv” (Terry-Short et al., 1995), “normal” (Hamachek, 1978) eller “adaptiv” (Enns, Cox & Clara, 2002) i motsetning til negativ, nevrotisk eller maladaptiv. Felles for de ulike måter å beskrive et slikt skille er at normal perfeksjonisme er streben etter fornuftige og realistiske standarder som fører til tilfredshet og

økt selvtillit. Den nevrotiske eller dysfunksjonelle formen er tendensen til å sette ekstremt høye standarder, være drevet av frykt for å feile og bekymring for å skuffe andre. Normale perfeksjonister kan glede seg over arbeidet de får til og kan samtidig føle seg fri til å være mindre nøyaktig eller presis dersom situasjonen tilsier det. Slike mennesker kan bruke anerkjennelse fra andre som oppmuntring til å fortsette samt forbedre arbeidet. De er videre mer realistisk og fornuftig i forventningene til seg selv. Nevrotiske perfeksjonister derimot, synes aldri de er gode nok. De klarer ikke å bli fornøyd med det de har gjort fordi de i sine egne øyne aldri gjør ting godt nok til å oppnå en slik positiv følelse. Disse krever også et høyere prestasjonsnivå for seg selv enn det er mulig for dem å oppnå. Normale perfeksjonister fokuserer på sine styrker og hvordan de skal gjøre ting riktig, mens nevrotiske perfeksjonister drives av en frykt for å feile (Hamachek, 1978).

Andre forskere har også forsøkt å identifisere adaptiv versus maladaptiv perfeksjonisme (Enns et al., 2002). Ulike trekk ved perfeksjonisme assosieres med ulikt nivå av tilpasning. For eksempel vil perfeksjonisme orientert mot seg selv eller det å ha høye personlige standarder assosieres med adaptiv perfeksjonisme. Perfeksjonisme opplevd som press fra andre samt overdreven bekymring for å gjøre feil assosieres med maladaptiv perfeksjonisme (Flett & Hewitt, 2002).

En pågående diskusjon er hvorvidt perfeksjonisme i seg selv er noe negativt, at det som omtales som positiv perfeksjonisme i essensen ikke er perfeksjonisme (Shafran et al., 2002; Greenspon, 2000). Det kan hevdes at perfeksjonisme er et negativt fenomen. Andre begreper kan brukes for å forklare de positive aspektene ved en perfeksjonistisk tankegang, for eksempel prestasjonsstreben (achievement striving). Dette begrepet inkluderer en indre motivasjon og driv for å oppnå fortrefelighet ved å være korrekt, bedre enn gjennomsnittlig og gjøre det beste du kan. Prestasjonsstreben handler mer om et ønske om å forbedre seg og oppnå sitt potensiale, i motsetning til det som omtales som negativ perfeksjonisme, der det antas at personen baserer vurdering av egenverdi på hvorvidt han har oppnådd perfeksjon. En betinget egenverdi i denne sammenhengen kan relateres til den perfeksjonistiske egenskapen frykt for å feile (Greenspon, 2000). Greenspon (2000) hevder at i så måte blir begrepet positiv perfeksjonisme en selvmotsigelse. Det kan tyde på at litteraturen om perfeksjonisme bærer preg av en generell begrepsforvirring. Dette kan også ses i de mange ulike måtene å definere begrepet på og hvor mange navn som illegges beskrivelser av perfeksjonisme, for eksempel positiv/negativ, adaptiv/maladaptiv og normal/nevrotisk.

Shafran et al. (2002) definerer i denne sammenhengen begrepet klinisk perfeksjonisme som for stor vektlegging på selvevaluering av personlig krevende og selvpåførte standarder på tross av negative konsekvenser. Dette betyr at personer med perfeksjonisme har et skjema for å evaluere seg selv som er dysfunksjonelt. For stor vektlegging på selvevaluering basert på krevende personlige standarder vil føre til at selvevalueringen blir svært sårbar. Dermed vil selvkritikk og negativ selvevaluering være resultatet av å mislykkes i å oppnå selvpåførte standarder. Klinisk perfeksjonisme er tilstede når personlig krevende standarder forfølges på tross av betydelige negative konsekvenser. Slike konsekvenser kan være depresjon, sosial isolasjon, søvnløshet, dårlig konsentrasjon og atferdsmessige konsekvenser (eksempelvis repetert sjekking av arbeid, gjøre oppgaver om igjen og det å bruke for mye tid på å løse oppgaver). Konsekvensene tolereres ettersom individets selvevaluering er avhengig av å oppnå de selvpåførte standardene.

Psykologiske teorier og forklaringsmodeller

Psykodynamiske forklaringsmodeller

Freuds egopsykologi. Freud fremstilte en strukturell modell for utvikling av personlighet, som kom etter den opprinnelige driftsteorien. Denne modellen benyttet begrepene id, ego og superego for å forklare prosesser i individet. Freud brukte begrepet id for å forklare den delen av sinnet som inneholder primitive drifter, impulser og fantasier. Id er egoistisk i at det kun er ute etter å oppnå tilfredsstillelse og velbehag. Id ble regnet for å være fullstendig ubevisst. Ego ble brukt for å beskrive et sett av funksjoner som tilpasser seg livets tvingende nødvendigheter, og som finner akseptable måter å takle ids behov på. Egoet utvikler seg gjennom hele livet, men raskest i tidlig barndom. Egoet opererer etter realitetsprinsippet og fungerer som en “megler” mellom ids krav, virkelighetens og etikkens begrensninger. Egoet har både bevisste og ubevisste aspekter. Superego er den delen av selvet som har overblikket, spesielt fra et moralsk perspektiv. Superego kan sammenlignes med begrepet samvittighet, og er den delen av selvet som gir oss ros når vi gjør vårt beste, og kritiserer oss når vi ikke møter våre egne standarder. Superego regnes for å være delvis bevisst og delvis ubevisst, og tilhører egoet (Freud, 1923, i McWilliams, 1994).

Fra et slikt perspektiv på personlighetsutvikling kan perfeksjonisme relateres til superegoet. Et “strengt” superego vil kritisere selvet dersom standarder ikke blir fulgt, på samme måte som en dysfunksjonell perfeksjonist vil kritisere seg selv for ikke å gjøre ting perfekt og feilfritt. Perfeksjonisme ses på som et av de vanlige symptomene på tvangsnevrose

(Freud, 1926/1959, omtalt i Sorotzkin, 1985). Den fryktede tilbakekomsten av undertrykte ødipusimpulser og -konflikter medfører en forsvarsmessig regresjon til analfiksering hos egoet og superegoet, samtidig som id truer med å bryte ut med sadistiske impulser. De tvangsmessige symptomene ses på som et kompromiss ved at personen maskerer aggressive impulser i form av strenge og slitsomme selvkorrigerende tendenser, fordi personen har et behov for å motvirke sine aggressive tendenser (Freud, 1926/1959, omtalt i Sorotzkin, 1985). Freud vektla superegoets rolle i tvangsnevrose, og hevdet at superegoet blir spesielt strengt og uvennlig. Egoet responderer med planmessighet, medlidenhet og ryddighet for å adlyde superegoet.

Selvpsykologi. Kohut (1971, i McWilliams, 1994) formulerte en teori om selvets utvikling gjennom arbeid med narsissisme. I utgangspunktet skilte han mellom nevrotiske forstyrrelser og narsissistiske personlighetsforstyrrelser (Kohut, 1971, i Sorotzkin, 1985).

Kohut beskrev nevrose som en intrapsykisk konflikt omkring forbudte ønsker som kommer fra et sammenhengende selv og som er rettet mot objekter fra barndommen. I motsetning til nevrose vil psykopatologien til en narsissistisk personlighet dreie seg om et dårlig differensiert selv. Den narsissistiske forstyrrelsen forhindrer reguleringen av selvfølelsen. Ettersom objektene ("selvobjektene") i narsissistens verden er dårlig differensiert eller atskilt fra selvet, vil tapet av objektenes beundring føre til et alvorlig slag mot selvets sammenheng og/eller mot selvfølelsen. Dette kan føre til en overveldende skamfølelse. Årsaken til at personen ikke utvikler en sammenhengende og stabil selvfølelse kan være at det i barndommen ikke blir speilet på sine grandiose behov, for eksempel fordi foreldrene selv er narsissistiske. Et resultat av et slikt traume er at den tidlige grandiositeten ikke blir integrert i den voksne personlighetsstrukturen, og personen vil da strebe etter ultimat perfeksjon (Kohut, 1971, i Sorotzkin, 1985).

Skam og skyld kan relateres til perfeksjonisme, men på forskjellige måter. Jacobson (1964, i Sorotzkin, 1985) hevder at skam har tidlige infantile narsissistiske opprinnelser, og er relatert til en frykt for å vise sine defekter (fysiske, emosjonelle eller intellektuelle). Skam er ofte relatert til synlige og konkrete mangler heller enn moralske. Skam og ydmykelse vil derfor være reaksjoner på manglende evne til å leve opp til intellektuelle perfeksjonistiske forventninger. Skyldfølelser, derimot, oppstår fra det mer modne superego, som har internalisert foreldrenes moralske krav og forbud og er knyttet til overtredelse av disse forbudene. Kohut (1971, i Sorotzkin, 1985) refererer til to typer skamreaksjoner utbredt i narsissistiske personligheter, hvor den ene typen reaksjon handler om ikke å leve opp til det

grandiose bildet på selvet. Som følge av denne skamreaksjonen vil narsissisten strebe etter perfeksjon, da personen vil unngå skammen som kommer av ikke å nå opp til disse grandiose standardene.

På grunn av Kohuts skille mellom nevrotiske og narsissistiske lidelser og andres skille mellom skyld og skam, ble det foreslått et skille mellom to former for perfeksjonisme: nevrotisk og narsissistisk (Sorotzkin, 1985). Nevrotisk perfeksjonisme er en reaksjon på kravene til et strengt superego, som er tilegnet ved læring og/eller som et resultat av undertrykt fiendtlighet. Perfeksjonisme blir da et forsvar mot en intrapsykisk konflikt, relatert til skyldfølelser omkring moraler, idealer og et forsøk på å beholde kjærligheten til differensierte objekter. I motsetning til dette er perfeksjonisme hos en narsissistisk personlighet mindre knyttet til moraler og idealer, men et forsøk på å leve opp til et grandios selvilde for å unngå skam og ydmykelse og for ikke å miste beundringen til dårlig differensierte selvobjekter. Den perfeksjonistiske atferden hos narsissistiske personligheter kan være en måte å forsikre seg selv kontakt med det “nesten perfekte” selvobjektet. Måten behovet for perfeksjonisme oppleves varierer mellom disse to psykopatologiene. Den nevrotiske perfeksjonisten kan få en viss tilfredsstillende av en mindre enn perfekt utøvelse, i motsetning til den narsissistiske perfeksjonisten som forventer å kontrollere alle sine utøvelser. Den uunngåelige svikten i å leve opp til de perfeksjonistiske standardene resulterer i en dyptgående skam. Denne svikten innebærer et angrep på selve oppbyggingen av selvet, og er på den måten mer truende enn den nevrotiske perfeksjonistens manglende evne til å leve opp til superegoets krav (Sorotzkin, 1985).

Intersubjektiv systemteori. I et nyere psykodynamisk perspektiv ses menneskelig atferd og forståelse ut i fra en relasjonell kontekst. Den nyere forståelsen representerer et skifte fra den intrapsyiske forståelsen av psykologiske fenomen til en interpersonlig (Greenspon, 2008). Konflikt, overføringer og forsvar er produkter av prosesser som oppstår innenfor en relasjonell kontekst mellom to eller flere personer (der ikke alle trenger å være tilstede) fremfor inne i et individs sinn. Intersubjektiv systemteori er en erfaringsbasert teori som foreslår at vår subjektive opplevelse er innebygd i andres verdener av erfaringer, hver og en erfaringsverden er organisert ulikt (Greenspon, 2008). En komplett forståelse av menneskets atferd må i følge denne teorien også inkludere en forståelse av konteksten atferden oppstår i; spesielt viktig er den relasjonelle kontekst. Intersubjektiv teori beskriver fremvekst og modifisering av subjektivitet og definerer denne prosessen som uavvendelig relasjonell (Orange, 1995). Vår subjektive erfaringsverden formes av utviklingsmessige

erfaringer. Disse erfaringene skapes av en «inn-tuning» og «ut-tuning» til våre emosjonelle tilstander, erfaringene fører til bestemte emosjonelle overbevisninger om hvem vi er og hvilken rolle vi spiller i relasjonen til andre (Orange, 1995; Greenspon, 2008). En slik implisitt relasjonell kunnskap kan for eksempel skapes i samspillet i den emosjonelle relasjonen mellom barnet og omsorgsgiveren (Greenspon, 2008).

Perfeksjonisme forstås i lys av intersubjektiv systemteori, som utfallet av vesentlige relasjonelle konfigurasjoner der perfeksjonisten forsøker å etablere stabile og bekreftende tilknytninger. Perfeksjonismen blir et forsøk på å etablere et sammenhengende syn på seg selv og fungerer som et virkemiddel for å moderere følelser av skam, frykt og mangelfullhet. (Greenspon, 2008). Å strebe etter perfeksjon i alt en gjør blir i denne teoriens lys en uartikulert emosjonell overbevisning om at perfeksjon er veien å gå for å få aksept som person. Relasjonelle konfigurasjoner som er med på å skape og utvikle perfeksjonisme kan være preget av en form for betinget aksept. I familier der det er rikelig med ros og kjærlighet kan disse positive tilbakemeldingene alltid være fokusert på prestasjoner. Det kan da oppstå tvil i perfeksjonistens subjektive opplevelse om hvorvidt de er akseptert, uavhengig av egne prestasjoner. Et slikt erfaringsutgangspunkt kan få perfeksjonisten til å oppleve at hvis de på noe vis skulle gi slipp på sine perfeksjonistiske streben, vil de avdekke en mangel ved seg selv som er så stor at ingen vil ha dem (Greenspon, 2008). En slik frykt og skam kan gi grobunn til perfeksjonisme.

Læringsteori

Slade og Owens (1998) foreslo et mulig teoretisk grunnlag for skillet mellom positive og negative former for perfeksjonisme. De argumenterte for at perfeksjonisme kan forklares ut fra det radikale behavioristiske perspektivet innenfor læringspsykologien. Radikal behaviorisme forklarer perfeksjonistisk atferd med utgangspunkt i prinsippene om positiv og negativ forsterkning (Skinner, 1968, i Slade & Owens, 1998). Positiv perfeksjonisme refererer til kognisjoner og atferder som rettes mot oppnåelsen av bestemte høythengende mål for å få positive konsekvenser. Negativ perfeksjonisme, derimot, innebærer kognisjoner og atferd som fokuserer på oppnåelsen av bestemte høythengende mål for å unngå negative konsekvenser. På den måten kan det sies at positiv perfeksjonisme er drevet av positiv forsterkning og et ønske om suksess, mens negativ perfeksjonisme er drevet av negativ forsterkning og en frykt for å gjøre feil. Basert på denne forståelsen utviklet Slade og Owens (1998) en forklaringsmodell for perfeksjonisme. Dual process-modellen forklarer positiv

perfeksjonisme i form av tilnærmelsesatferd (approach), mens negativ perfeksjonisme karakteriseres av unngåelsesatferd (avoidance). Forfatterne poengterte at individer kan være motivert av den ene eller den andre atferden, begge eller ingen av dem. De foreslo at en person med høy grad av positiv perfeksjonisme motiveres av et ønske om å komme så nært som mulig til sitt ideelle selv, mens den negative perfeksjonisten drives av et ønske om å komme så langt unna som mulig sitt fryktede selv.

Videre tenkte de seg at det vil være forskjellige miljøer som fremmer disse to typene perfeksjonisme. Slade og Owens (1998) argumenterte for at miljøene som bidrar mest til utvikling av positiv perfeksjonisme er de som fører til enten en tett identifisering med en positiv rollemodell som viser verdien i å være forsiktig og nøyaktig, eller en reaksjon på miljøer som preges av en uorganisert modell. Miljøer som fremmer utvikling av negativ perfeksjonisme kan involvere enten totalt fravær av forsterkning eller at all forsterkning er betinget av prestasjon eller utførelse (Slade & Owens, 1998).

Opplevd eller forventet kontroll er et sentralt begrep innenfor læringspsykologien og går ut på hvorvidt man har en opplevelse av indre eller ytre kontroll (Melle, Johansen & Malt, 2012). Indre forventet kontroll ("internal locus of control") innebærer at personen mener livshendelser i stor grad kan påvirkes gjennom ens egne handlinger og at de dermed selv har påvirkningskraft over eget liv. Personer med høy grad av ytre forventet kontroll ("external locus of control") opplever det som om andre, tilfeldigheter eller skjebnen avgjør hva som kommer til å skje. En forventning om at en selv innehar kontrollen kan sies å være et mål for motivasjon for målrettet atferd ("achievement motivation") (Melle et al., 2012). Generelt sett vil det være naturlig å tenke at en indre form for opplevd kontroll vil være positivt, da personen selv vil ta ansvar for å få et bra liv og opplever å kunne styre dette selv. Imidlertid kan høy grad av indre forventet kontroll føre til perfeksjonisme fordi han eller hun tenker at gode resultater, og oppnåelse av mål og standarder, er mest avhengig av egen innsats. Dette kan relateres til positive former for perfeksjonisme på den ene siden og kan tenkes å ha negative konsekvenser dersom individet bare skylder på seg selv dersom standarden ikke oppnås. En overdreven indre forventet kontroll, kombinert med mye selvkritikk, kan føre til en dysfunksjonell form for perfeksjonisme. Videre kan det tenkes at personer med en ytre forventet kontroll kan ha forhøyet grad av sosialt foreskreven perfeksjonisme.

Personlighetsteoretiske forklaringsmodeller

Femfaktormodellen. Femfaktormodellen (McCrae & John, 1992) forklarer menneskers personlighet i form av trekk som er stabile over tid. McCrae & John (1992) fant ved hjelp av faktoranalyse fem hovedtrekk: utadvendthet (extraversion), nervøsitet (neuroticism), åpenhet (openness), medmenneskelighet (agreeableness) og planmessighet (conscientiousness). McCrae og Costa (2008) forsøkte å integrere femfaktormodellen i et bredere teoretisk forklaringssystem. De tenkte seg at de fem faktorene er generelle tendenser/trekk hos mennesket som videreutvikler seg til intrapsyriske/interpersonlige egenskaper hos personen. Disse egenskapene påvirker igjen menneskets selvkonsept og selvskjema, via ytre påvirkninger og gjennom egen erfaring og tolkning. Det kan sies at denne personlighetsteorien forklares både ut i fra dynamiske prosesser og stabile trekk.

Med bakgrunn i forklaringsmodellen kan det antas at perfeksjonisme ikke nødvendigvis er et stabilt personlighetstrekk, men at det kan utvikles over tid gjennom å ha høy grad av nervøsitet og/eller planmessighet. Utviklingen av perfeksjonisme over tid påvirkes i tillegg av ytre faktorer som kulturelt og sosialt miljø, samt gjennom erfaringer som igjen påvirker personens holdninger.

Nervøsitet innebærer at personen i varierende grad er engstelig, anspent, hårsår og følelsesmessig labil. I tillegg er personer med dette trekket ofte opptatt av å være tilstrekkelige, bekymrer seg mye og er impulsive. Disse egenskapene medfører at personen kan oppleve angst og depresjon. (McCrae & John, 1992). Dersom en person har høy grad av nervøsitet kan en tenke seg at personen vil utvikle en dysfunksjonell form for perfeksjonisme.

Planmessighet innebærer blant annet å være effektiv, organisert, disiplinert, pålitelig og ansvarsfull. Personer som skårer høyt på denne faktoren er ansvarlige, til å stole på, produktive, lite selvopptatt og har høyt aspirasjonsnivå. De har ofte høy selvdisciplin, er kompetente, er ofte ordensmennesker og streber etter oppnåelse (McCrae & John, 1992). En person som skårer høyt på planmessighet kan tenkes å ha en positiv form for perfeksjonisme, fordi han/hun er opptatt av å prestere godt, men drives ikke av å unngå feil.

Temperament- og karaktermodellen. En psykobiologisk temperament- og karaktermodell for personlighet tar utgangspunkt i at individuelle variasjoner i personlighetstrekk kan forklares ut fra fire temperamenter og tre karakterdimensjoner (Cloninger, Bayon & Svrakic, 1998).

De fire temperamentene er spenningssøking (novelty seeking), fareunngåelse (harm avoidance), belønningsavhengighet (reward dependence) og persistens (persistence).

Individer med høy grad av spenningssøking beskrives som impulsive, hissig når de blir frustrert og at de har en tendens til å bryte regler for å gå etter det de tror vil gi dem spenning eller glede. På den andre siden er individer med lav grad av spenningssøking reserverte, rigide og lovlige. Personer med høy grad av fareunngåelse er ofte pessimistiske, sjenerte, anspente og engstelige, mens personer med lav grad av fareunngåelse er optimistiske, modige, utadvendte og energisk. Personer som skårer høyt på belønningsavhengighet er åpne, varme, sympatiske og sentimentale, mens personer med lav skåre på dette temperamentet er kritiske, reserverte og uavhengige. Høy grad av persistens reflekterer utholdenhet av atferd til tross for frustrasjon og slitsomhet. Personer med dette temperamentet beskrives som bestemte, arbeidsomme, ambisiøse og perfeksjonistiske (Cloninger, Svrakic & Svrakic, 1997).

Karakterdimensjonene ble kalt autonomi (self-directedness), samarbeidsvillighet (cooperativeness) og selvtranscendens (self-transcendence). Karaktertrekket autonomi innbefatter til hvilken grad individet er ansvarlig, ressurssterk, disiplinert og målrettet, eller på den andre siden hvor usikker, udisiplinert, udugelig og formålsløs individet er. Samarbeidsvillighet handler om hvorvidt personen er hjelpsom, empatisk, medfølelse og prinsipiell, eller på den andre siden intolerant, ufølsom, fiendtlig og hevngjerrig. Selvtranscendens innebærer at personen er fantasifull, idealistisk, spirituell, opplyst og ukonvensjonell, og i motsatt ende lite fantasifull, kontrollerende, eiesyk, praktisk og materialistisk (Cloninger et al., 1997).

Temperament forklares som automatiske responser på emosjonsvekkende stimuli, og regnes som moderat arvelige og stabile gjennom livet uavhengig av kulturelle faktorer og sosial læring. Karaktertrekk refererer til selvkonsepter og individuelle forskjeller i mål og verdier, som påvirker valg, intensjoner og betydningen av det som oppleves i livet. Forskjeller i karaktertrekk er moderat påvirket av sosiokulturell læring og modnes gjennom livet (Cloninger et al., 1997).

De ulike temperamentene kan relateres til perfeksjonisme på flere måter. Høy grad av fareunngåelse tilsier at en person er engstelig av natur og forsøker å unngå det han frykter, eksempelvis å gjøre feil. Dette kan relateres til en dysfunksjonell form for perfeksjonisme, nærmere bestemt opptatt av feil-dimensjonen og sosialt foreskrevet perfeksjonisme. Personer med høy grad av persistens er ambisiøse og arbeidsomme, hvilket kan knyttes til mer adaptive former for perfeksjonisme, som selvrettet perfeksjonisme og personlig standard-komponenten.

Kognitive forklaringsmodeller

Albert Ellis var den første kognitive terapeuten som inkluderte perfeksjonisme som en irrasjonell, selvbekjempende oppfatning i sin rasjonell-emosjonell atferdsterapi (Ellis, 1958, i Ellis, 2002). Ellis (2002) påpeker at i tillegg til de irrasjonelle og selvbekjempende sidene av perfeksjonisme, finnes det også noen rasjonelle og selvhjelpende elementer. Han relaterer slike irrasjonelle oppfatninger til overlevelsesinstinktet hos mennesker. Videre beskriver han noen behov hos mennesker for å overleve “bedre” og være mer effektive. Disse behovene inkluderer mestringstro, måloppnåelse, kjærlighet og aksept hos andre samt trygghet. Ellis (2002) argumenterer for at en følelse av *manglende* mestringstro vil gjøre at personer også ser seg som ute av stand til å fungere bra og forhindre dem fra å utføre oppgaver perfekt eller godt nok. Som et resultat av dette vil individet naturlig ønske å ha en sterk mestringstro for slik å øke sjansene for å gjøre noe bra samt få aksept fra andre. Slik sett relaterer Ellis (2002) mestringstro til målsetting eller det å sette høye standarder slik perfeksjonister gjør. Han skiller dermed mellom en moderat og mer fleksibel form for perfeksjonisme og en negativ og irrasjonell variant der forskjellen ligger i hvorvidt personen har mestringstro. En person som mangler mestringstro kan utvikle en irrasjonell oppfatning om at alt må gjøres perfekt, og hvis det ikke gjøres perfekt likestilles det med verdiløshet og fiasko. Derfor vil en slik form for perfeksjonisme innebære høye krav og lite fleksibilitet i vurderingen av egne prestasjoner.

Angstmodell for perfeksjonisme. Et annet fokus som tidligere har vært lite diskutert er angst som en medierende og opprettholdende faktor for perfeksjonisme. Forskning har tidligere vist at angst delvis er en medierende faktor mellom perfeksjonisme og spiseforstyrrelser (Egan et al., 2013). I tillegg har andre studier (Blankstein, Flett, Hewitt & Eng, 1993) vist en samvariasjon mellom perfeksjonisme og frykt. Spesielt gjelder dette frykt som relateres til evaluering av seg selv. Perfeksjonisme assosieres positivt med frykt som innebærer å mislykkes, å gjøre feil og å miste kontroll. Med bakgrunn i dette vil vi presentere en modell på perfeksjonisme med utgangspunkt i at angst er fellesnevneren som kan forklare hvordan perfeksjonisme opprettholdes.

Den kognitive forklaringsmodellen beskriver perfeksjonisme som en dysfunksjonell holdning eller en irrasjonell oppfatning. Tenkningen kan ofte være preget av rigiditet (opprettholde uhensiktsmessige atferdsmønstre) og dikotom tenkning (enten har man oppnådd suksess, eller så har man feilet helt). En grunnleggende del av den perfeksjonistiske tankegangen er at individer setter urealistiske høye standarder for seg selv. Disse standardene er preget av å være selvpålagt og det legges uforholdsmessig mye vekt på selvevaluering. Det

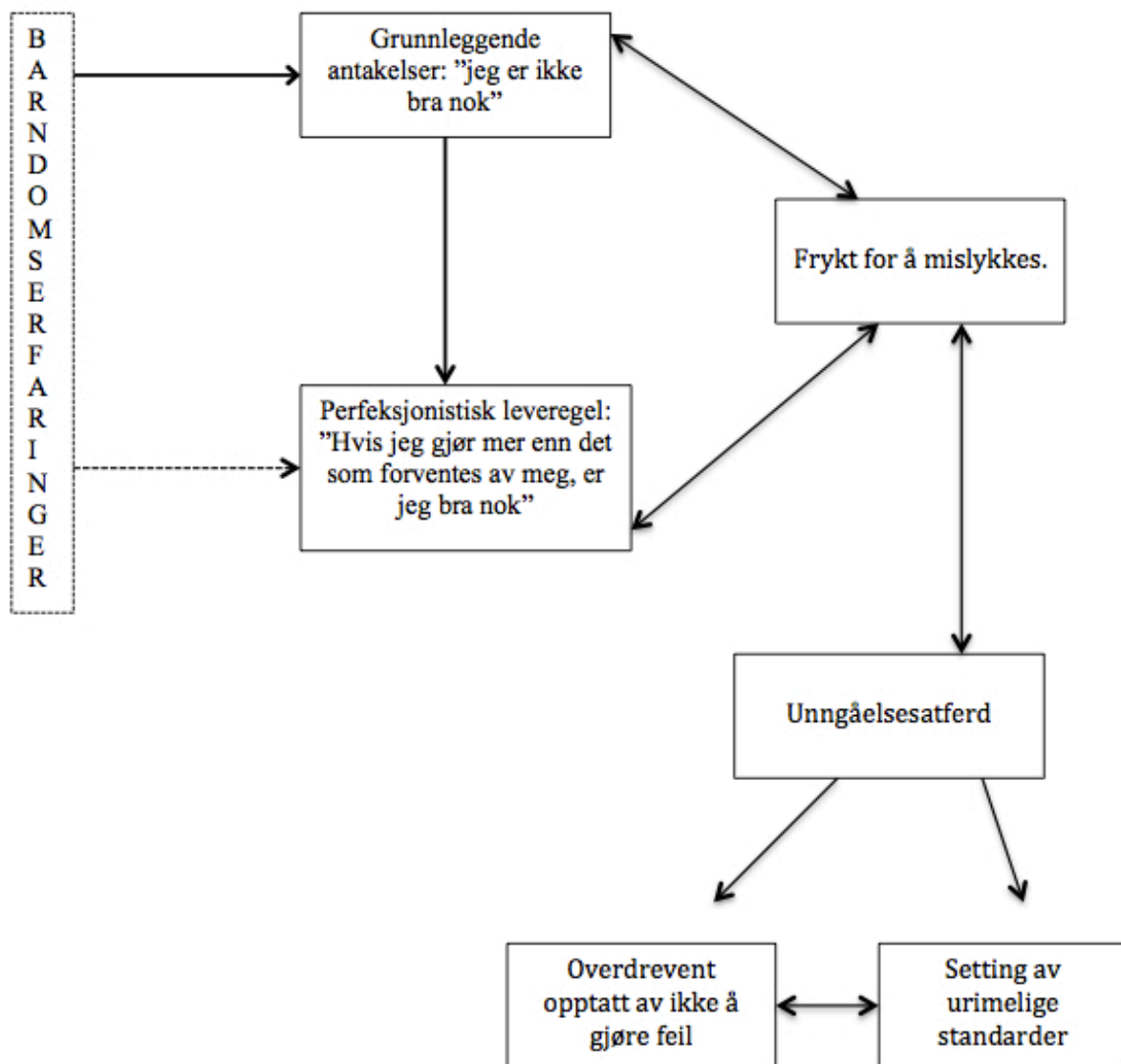
kan tenkes at slike standarder er et resultat av et individs kognitive skjemaer. For eksempel vil et individ med det grunnleggende kognitive skjemaet “jeg er ikke bra nok” kunne skape en leveregel som “hvis jeg gjør mer enn det som forventes av meg, så er jeg bra nok”.

Perfeksjonister operasjonaliserer ofte sine standarder gjennom dikotome regler (Shafran et al., 2002). Enten er standarden møtt eller så er den ikke det, karakteren B i en rekke med A er mislykket.

Vi foreslår at grunnleggende skjemaer kan ha sin opprinnelse i perfeksjonistens tidlige relasjonelle erfaringer. Den implisitte relasjonelle kunnskapen om hvem perfeksjonisten er, for eksempel at han ikke er bra nok, skapes i samspillet i den emosjonelle relasjonen mellom perfeksjonisten og hans signifikante andre. Tilknytningsperspektivet kan belyse samspillet mellom en person og hans omsorgspersoner mer inngående. Tilknytning er nære emosjonelle bånd som gir individet en følelse av trygghet (Ainsworth, 1989, i Speirs Neumeister & Finch, 2006). Trygge og utrygge former for tilknytning kan forstås i form av indre arbeidsmodeller (Bowlby, 1980, i Speirs Neumeister & Finch, 2006). Den indre arbeidsmodellen er skjematiske representasjoner i barnet om dem selv og andre som brukes som en veileder for å tolke hendelser, og som former forventninger om menneskelige relasjoner (Bowlby, 1980, i Speirs Neumeister & Finch, 2006). Utrygg tilknytning kan føre til en konfliktfylt indre arbeidsmodell hos personen. En slik arbeidsmodell kan representere et samspill kjennetegnet av at barnet ignoreres av sine omsorgsgivere og kun får oppmerksomhet i forbindelse med prestasjoner. Barnet lærer da at det har betinget verdi eller aksept.

For ikke å komme i kontakt med dette konfliktmaterialet utvikler personen avledede skjemaer i form av perfeksjonistiske leveregler som en *beskyttelse*. Fra et psykodynamisk perspektiv representerer beskyttelse ubevisste mekanismer, hvilket betyr at personen ikke er klar over at levereglene utvikles på grunn av konfliktmaterialet. Å strebe etter selvpålagte ekstremt høye standarder er et resultat av et driv etter å unngå negativ affekt. Jo vondere det er å komme i kontakt med konfliktmaterialet jo sterkere vil denne unngåelsesatferden bli. Perfeksjonistisk atferd vil da bidra til at personen unngår det som oppfattes som negativ affekt. I møte med kritikk eller negativ evaluering fra en selv eller fra andre blir en med perfeksjonisme stilt overfor sine grunnleggende antakelser om ikke å være god nok. Atferd og tanker rettet mot å være best mulig vil forhindre triggering av negative skjemaer. Slik sett blir perfeksjonisme en form for unngåelsesatferd. Fra et kognitivt perspektiv kan denne unngåelsesatferden sammenlignes med det som kalles sikringsatferd, noe som kjennetegner angstlidelsene (Borge & Hoffart, 2008). Kjernen i den kliniske formen for perfeksjonisme kan

derfor tenkes å være en sykelig frykt for å mislykkes (Shafran et al., 2002). Å mislykkes i å nå den standarden som er satt er for perfektjonisten med på å opprettholde det negative bildet av seg selv. Uavhengig av om standarden er urealistisk og umulig å oppnå i utgangspunktet.



Figur 1

Figur 1 viser hvordan perfektjonisme utvikles og opprettholdes. De grunnleggende antakelser har sitt opphav i perfektjonistens barndomserfaringer. Pilen rettet mot grunnleggende antakelser illustrerer at disse har sitt opphav i implisitte relasjonelle erfaringer. Den stiplede pilen skal illustrere hvordan perfektjonistiske rollemodeller kan bidra til læring av perfektjonistisk atferd. Dermed blir rollelæring en medvirkende årsak til at levereglene

oppretholdes. Etter at grunnlaget er etablert oppstår gradvis en frykt for å mislykkes som et resultat av personens grunnleggende antakelser og leveregler. Denne angsten fører til unngåelsesatferd for ikke å komme i kontakt med det grunnleggende konfliktmaterialet. Unngåelsesatferden kan vises i form av setting av høye standarder eller å være opptatt av ikke å gjøre feil. En manglende evne til å imøtekomme de urimelige standardene vil forsterke frykten for å mislykkes som igjen forsterker leveregelen og skjemaene.

Den presenterte modellen er inspirert av flere psykologiske forklaringsmodeller. I tillegg til allerede nevnte perspektiv, psykodynamiske og kognitive, kan læringsteori belyse hvordan perfeksjonisme utvikles og opprettholdes. Forsterkningsteorien beskrevet tidligere hevder at negativ forsterkning bidrar til utvikling av dysfunksjonell perfeksjonisme (Slade & Owens, 1998). Den perfeksjonistiske atferden gjør at personen unngår den fryktede konsekvensen, å gjøre feil eller mislykkes, hvilket bidrar til forsterket unngåelsesatferd.

Modellenes empiriske grunnlag

Psykodynamiske modeller. Flere studier har undersøkt sammenhengen mellom narsissisme og perfeksjonisme. Hewitt og Flett (1991a) undersøkte sammenhenger mellom perfeksjonisme og ulike personlighetsforstyrrelser og fant at narsissistisk personlighetsforstyrrelse var relatert til utadrettet perfeksjonisme. McCown og Carlson (2004) undersøkte forekomsten av perfeksjonisme hos pasienter med narsissistisk personlighetsforstyrrelse kombinert med rusmisbruk og fant at slike pasienter hadde høyere grad av utadrettet og sosialt foreskreven perfeksjonisme. I tillegg viste studien at personer med narsissistisk personlighetsforstyrrelse med større sannsynlighet avslutter behandling dersom de har høy grad av utadrettet perfeksjonisme. Forskerne påpeker at funnene må tolkes med forsiktighet da studier med utvalg der personer har problemer med stoffmisbruk ofte ikke replikeres (McCown & Carlson, 2004). I tillegg er det flere faktorer enn utadrettet perfeksjonisme som kan påvirke selvvalgt avslutning av behandling.

Læringsteori. Dual-process-modellen for positiv og negativ perfeksjonisme, utviklet av Slade og Owens (1998), har blitt utforsket nærmere av andre. Bergman, Nyland og Burns (2007) undersøkte korrelater, som mestringsmekanismer og kognitive prosesser, til positiv og negativ perfeksjonisme. De fant at negativ perfeksjonisme var relatert til emosjonell undertrykkelse som mestringsmekanisme, kognitive dysfunksjoner, depresjon og anger. Positiv perfeksjonisme var relatert til livstilfredshet, men ikke til kognitive dysfunksjoner, depresjon og anger. Forfatterne argumenterte følgelig for at funnene var evidens for dual

process-modellen (Bergman et al., 2007). Denne studien er korrelasjonell hvilket vanskeliggjør årsaksforklaringer. En vet derfor ikke hva som kom først, perfeksjonismen eller de relaterte konstruktene. I tillegg brukte de kun en studentpopulasjon noe som svekker generaliserbarheten. Til tross for at Bergman og medarbeidere (2007) fant indikasjoner på at det fins to distinkte former for perfeksjonisme, positiv og negativ, vil andre perfeksjonismeforskere argumentere for at den positive varianten heller representerer relaterte konstrukter, som planmessighet eller positiv prestasjonsstreben (Flett & Hewitt, 2006). Flett & Hewitt (2006) tenkte seg at forsterkningsteorien bak dual process-modellen (Slade & Owens, 1998) kunne stemme overens med ulike atferdstilnærminger for å nå mål, men at den positive varianten ikke burde kalles perfeksjonisme.

Hewitt og Flett (1991a) foreslo at selvrettet og utadrettet perfeksjonisme var knyttet til en indre forventet kontroll, mens sosialt foreskreven perfeksjonisme var relatert til en ytre forventet kontroll. Videre argumenterer de for at personer med forhøyet grad av sosialt foreskreven perfeksjonisme følgelig kan føre til lært hjelpesløshet, da de har en overdreven ytre forventet kontroll. Dette sammenfaller med modellen for opplevd eller forventet kontroll relatert til perfeksjonisme.

Personlighetsteoretiske modeller. Det finnes støtte i empirien for at femfaktormodellen og temperament- og karaktermodellen er relatert til perfeksjonisme. En studie av Dunkley, Blankstein, Zuroff, Lecce og Hui (2006) fant at maladaptive former for perfeksjonisme, som selvkritikk og sosialt foreskreven perfeksjonisme, var positivt korrelert med nervøsitet og negativt korrelert med utadvendthet, medmenneskelighet og planmessighet. Videre fant de at adaptive former for perfeksjonisme, som personlig standard, hadde en sammenheng med planmessighet.

En annen studie (Rice, Ashby & Slaney, 2007) så på sammenhengen mellom perfeksjonisme, målt med «Almost Perfect Scale-R», og femfaktormodellen. Trekket nervøsitet hadde en sterk sammenheng med et mål som de kalte diskrepans. Diskrepansskalaen måler i hvor stor grad personen oppfatter seg selv som en som ikke klarer å oppnå egne personlige standarder for ytelse og kan sammenlignes med andre perfeksjonismeformer som opptatthet av feil og tvil på handlinger fra Frosts perfeksjonismeskala. Forfatterne understrekte at perfeksjonisme hadde en sammenheng med nervøsitet og planmessighet, men at det likevel var forskjellige konstrukter (Rice et al., 2007). En studie utført av Kobori, Yamagata og Kijima (2005) fant at høy grad av fareunngåelse og lav grad av spenningssøking var assosiert med sosialt foreskreven perfeksjonisme. De fant

også at selvrettet perfeksjonisme henger sammen med lav grad av nyhetssøking, høy grad av belønningsavhengighet og høy grad av persistens.

Alle disse studienes funn reflekterer assosiasjoner, men ikke kausale sammenhenger. Følgelig er det vanskelig å vite hva som fører til hva. Kobori og medarbeidere (2005) foreslår selv bruk av longitudinelle studier for å se om ulike temperamenter kan predikere perfeksjonisme senere i livet. Disse studiene hadde kun brukt studenter i sitt utvalg, noe som vanskeliggjør generaliserbarheten til andre populasjoner.

Kognitiv forklaringsmodell. Ellis (2002) kognitive forklaringsmodell for perfeksjonisme er basert på klinisk erfaring og observasjoner. Et resultat av dette er lite forskning på modellen per se. Imidlertid er Dysfunctional Attitude Scale (DAS) utviklet med utgangspunkt i en kognitiv modell og måler blant annet perfeksjonisme (Brown & Beck, 2002). Flere studier som viser sammenheng mellom perfeksjonisme og psykopatologi har benyttet DAS som mål på perfeksjonisme (Jones et al., 2005; Alloy et al., 2009).

Angstmodell for perfeksjonisme. Flett og medarbeidere (2001, i Flett, Hewitt, Oliver & Macdonald, 2002) undersøkte hvordan tilknytningsstiler var relatert til perfeksjonisme. Utrygge tilknytningsstiler hadde markant høyere nivåer av sosialt foreskrevet perfeksjonisme sammenlignet med trygg tilknytning. En annen studie (Spears Neumeister & Finch, 2006) viste at utrygg tilknytning var relatert til høyere grad av sosialt foreskrevet og selvrettet perfeksjonisme. Imidlertid må resultatene fra disse studiene tolkes med forsiktighet da det ble brukt selvrapportering for å måle tilknytningsstil.

Basert på denne redegjørelsen er det læringsteori som har det beste empiriske grunnlaget. Imidlertid avgjør ikke tilgjengelig forskning alene i hvor stor grad teorier og modeller gir en god forklaring på konstrukter og fenomener. Den eksisterende forskningen på et gitt felt avgjøres av interesse, tilgjengelige ressurser og hvor lett det lar seg gjøre å forske på feltet. Atferd er lettere å kvantifisere enn indre prosesser, noe som kan bidra til at det finnes mer forskning på atferd.

Hvordan kommer perfeksjonisme til uttrykk i ulike psykiske lidelser?

Perfeksjonisme har i forskningen blitt assosiert med psykopatologi. I det følgende vil vi presentere en systematisk gjennomgang av diagnosemanualene ICD-10 (1992) og DSM-IV-TR (2000) for å avdekke hvilke diagnoser og kriterier som er mest relevante i forhold til

perfeksjonisme som symptom og diagnostisk kriterium. I tillegg vil vi presentere relevant empiri for sammenhengen mellom perfeksjonisme og psykopatologi.

Diagnosemanualer

Med en systematisk gjennomgang av diagnosemanualene ICD-10 (1992) og DSM-IV-TR (2000) vil vi undersøke om perfeksjonisme er nevnt som et *sentralt* eller *perifert* klinisk trekk ved psykiske lidelser. Perfeksjonisme som et sentralt klinisk trekk forstås her som tydelige referanser til ordet perfeksjonisme eller perfeksjonistisk i beskrivelsen av diagnosekriteriene. Perifere trekk vurderes til å være mer indirekte beskrivelser av perfeksjonistiske tendenser og behøver ikke være et diagnosekriterium. De perifere trekkene forstås ved å ta utgangspunkt i de to flerdimensjonale perfeksjonismeskalaene (Hewitt & Flett MPS, 1991a; Frost MPS, 1990). Vi har valgt FMPS og HMPS fordi mye av forskningen på perfeksjonisme relatert til psykopatologi har tatt utgangspunkt i disse (e.g. Shafran & Mansell, 2001; Egan, Wade & Shafran, 2011).

Den systematiske gjennomgangen viste at perfeksjonisme er nevnt som et *sentralt* klinisk trekk ved tvangspreget personlighetsforstyrrelse. Som mer *perifert* klinisk trekk er perfeksjonisme nevnt ved depresjon, sosial fobi, tvangslidelse og spiseforstyrrelser. Vi har derfor valgt å se nærmere på disse lidelsene med bakgrunn i hvordan de omtales og forstås i diagnosemanualene.

Tvangspreget personlighetsforstyrrelse. Personlighetsforstyrrelser beskrives som atferdsmønstre som har en tendens til å være vedvarende og synes å uttrykke individets typiske livsstil og måte å forholde seg til seg selv og andre på. Forstyrrelsene omfatter dypt innarbeidede og vedvarende atferdsmønstre som kommer til uttrykk gjennom rigide reaksjoner i et bredt spekter av personlige og sosiale situasjoner. Disse reaksjonene representerer betydelige avvik fra måten et gjennomsnittsindivid i en gitt kultur opplever, tenker, føler, og særlig forholder seg til andre individer på (ICD-10, 1992).

Tvangspreget personlighetsforstyrrelse kjennetegnes blant annet av påtrengende tanker og impulser, følelser av overdreven tvil og forsiktighet, at personen er over gjennomsnittlig opptatt av detaljer og regler samt er overdrevent samvittighetsfull. Personer med tvangspreget personlighetsforstyrrelse er perfeksjonistiske, pedantiske, rigide og må ha ting på sin måte. Diagnosekriteriene i både DSM-IV-TR og ICD-10 inkluderer altså perfeksjonisme som et sentralt klinisk trekk ved denne lidelsen. Mer spesifikt vil en person med denne lidelsen bære preg av undertypene tvil på handlinger, opptatthet av feil og

selvrettet perfeksjonisme/personlig standard. En tvangspreget person vil være opptatt av å kontrollere omgivelsene rundt seg samt være helt sikker på at ting er gjort på den riktige, perfekte måten. Det kan være utfordrende å forholde seg til rigiditeten som preger personer med denne forstyrrelsen, da de ofte krever at andre rundt seg skal gjøre ting på deres måte. Det at en person med tvangspreget personlighetsforstyrrelse ofte forventer at omgivelsene rundt skal følge hans eller hennes perfekte standard, kan relateres til utadrettet perfeksjonisme.

Tvangslidelse. De essensielle trekkene av tvangslidelse er tilbakevendende tvangstanker eller tvangshandlinger. Tvangstanker er vedvarende ideer, tanker, impulser eller bilder som oppleves som invaderende og upassende og som forårsaker markert angst eller ubehag. Individet opplever ofte disse tankene som fremmede og ukontrollerbare, men innser samtidig at tankene er et produkt av hans eller hennes eget sinn. Personen forsøker ofte å ignorere eller undertrykke slike tanker og impulser, eller å nøytralisere dem ved hjelp av en annen tanke eller handling. Tvangshandlinger er repeterende atferd eller mentale handlinger som har som mål å forhindre eller redusere angst eller ubehag. De vanligste tvangshandlingene involverer; vasking, telling, sjekking, forespørre eller kreve forsikringer fra andre, gjentakelse av handlinger og organisering i rekkefølge eller symmetri. Tvangshandlingene foregår ofte etter bestemte regler som må følges rigid (DSM-IV-TR, 2000).

Perfeksjonisme nevnes ikke som et sentralt klinisk trekk i diagnosekriteriene, men regnes som et perifert trekk ut i fra beskrivelser av vanlige kliniske uttrykk for denne lidelsen. Et slikt uttrykk er at personer med tvangslidelse ofte er overdrevent opptatt av orden og ryddighet, noe som kan relateres til perfeksjonismedimensjonen organisering.

Tvangshandlinger som følger bestemte regler kan relateres til personlig standard-dimensjonen og selvrettet perfeksjonisme, da personen ofte har høye standarder til hvordan ting må være. Personer med tvangslidelse som sjekker ting gjentatte ganger eller krever forsikringer om at ting er riktig, vil kunne inneha perfeksjonismedimensjonene tvil på handlinger og/eller opptatthet av feil. En person med tvangslidelse som eksempelvis må sjekke at komfyren er slått av, vil plages av tvil på om han har gjort dette, til tross for gjentatt sjekking.

Depresjon. Depresjon er en tilstand som innordnes under stemningslidelsene i DSM-IV-TR og ICD-10. Felles for de depressive tilstandene er at personen opplever nedsatt stemningsleie eller tap av interesse/anhedoni i aktiviteter. Personen må i tillegg oppleve et visst antall tilleggssymptomer; forandringer i appetitt/vekt, søvn og psykomotorisk aktivitet,

nedsatt energi, en følelse av mindreverd eller skyld, konsentrasjonsvansker, vanskelig for å ta avgjørelser og tilbakevendende tanker om døden eller selvmordstanker, planer og forsøk.

Ett av de nevnte tilleggskriteriene for depresjon er en følelse av verdiløshet eller ekstrem eller feilplassert skyldfølelse nesten hver dag. Denne mindreverdighetsfølelsen eller skyldfølelsen innebærer ofte urealistiske negative vurderinger av ens verdi, eller skyldbetont grubling over tidligere mindre feil. Disse menneskene feiltolker ofte nøytrale eller trivielle dagligdagse hendelser som bevis for at det er noe feil med dem og har ofte en overdreven ansvarsfølelse (DSM-IV-TR, 2000).

Mindreverdighetsfølelse kan sies å være et perifert klinisk trekk som kan relateres til flere dimensjoner av perfeksjonismebegrepet. Opptatt av feil-komponenten innebærer at personen reagerer negativt på feil, har en tendens til å tolke feil som generell mislykkethet og en tendens til å tro at en vil miste respekten fra andre dersom man mislykkes. Dette kan relateres til feiltolkningen depressive personer ofte gjør. Tvil på handlinger går ut på at personen har en tendens til å føle at ferdige prosjekter ikke er godt nok utført, eller en generell følelse av at ting aldri blir gjort godt nok, noe som kan relateres til den skyldbetonte grublingen og rumineringen som deprimerte personer foretar seg. Selvrettet perfeksjonisme og personlig standard-komponenten beskrives som det å sette nøyaktige og høye standarder for seg selv, samt en streng vurdering og sensurering av egen atferd ut i fra disse standardene. En slik setting av standarder kan sammenlignes med den overdrevne ansvarsfølelsen deprimerte personer kan oppleve, samt de urealistiske negative vurderingene av egen verdi. Den overdrevne ansvarsfølelsen, håpløshetsfølelsen og feilplasserte skyldfølelsen, som mange deprimerte personer opplever, kan knyttes til sosialt foreskreven perfeksjonisme. Den typiske depressive grublingen og rumineringen over egen atferd har ofte en selvkritisk karakter, og det kan tenkes at perfeksjonistisk tankegang vil bidra negativt til slik depressiv grubling og ruminering. Det å være opptatt av egne feil og tvile på egne handlinger er gode eksempler på innholdet i depressiv grubling og karakteriseres av en maladaptiv kritisk selvevaluering.

Sosial fobi. Det primære symptomet ved sosial fobi er markert og vedvarende frykt for sosiale eller prestasjonsbaserte situasjoner hvor ydmykelse og forlegenhet kan oppstå. Eksponering for den gitte sosiale eller prestasjonsbaserte situasjonen gir nærmest uten unntak en plutselig angstrespons. Personer med denne frykten unngår oftest den fryktede sosiale situasjonen. I slike situasjoner vil personer med sosial fobi ha bekymringer omkring å oppleve forlegenhet og er redd andre vil dømme dem og tenke at de er engstelig, svak, gal eller dum (DSM-IV-TR, 2000).

Et vanlig assosiert kjennetegn ved sosial fobi er hypersensitivitet til kritikk og negativ selvevaluering. Disse symptomene kan knyttes til opptatt av feil-komponenten av perfeksjonisme der individet frykter situasjoner hvor hun kan bli evaluert og kritisert av andre ettersom hun ønsker å fremstå så bra som mulig. Den gjennomgående opplevelsen og følelsen å bli bedømt, kritisert eller evaluert i sosiale situasjoner kan knyttes til den selvrettede perfeksjonismen. Dette fordi de opplever at de må være så bra eller så perfekte som mulig i sosiale situasjoner eller i mellommenneskelige relasjoner. Fokus rettet mot andres evalueringer av dem kan ses på som et resultat av sosialt foreskreven perfeksjonisme. Et individ som gjennom sin oppvekst eller gjennom erfaringer med andre, stadig har opplevd at det settes strenge krav til hvordan de skal fremstå i sosiale situasjoner, kan som et resultat av dette bli sårbare for tilbakemeldinger i forbindelse med sosiale situasjoner.

Spiseforstyrrelser. Spiseforstyrrelsene er karakterisert av alvorlige forstyrrelser i spiseatferd, der de to vanligste er anorexia nervosa og bulimia nervosa (DSM-IV-TR, 2000; ICD-10, 1992). Anorexia nervosa karakteriseres av at personen nekter å opprettholde en normal kroppsvekt, er intenst redd for å gå opp i vekt, og har en markert forstyrrelse i oppfatningen av hvordan formen og størrelsen på kroppen hans eller hennes er. Selvtilliten til en person med anoreksi avhenger av kroppsform og vekt. Vekttap ses på som en imponerende bragd og et tegn på selvdisciplin, mens vektøkning ses på som et uakseptabelt tap av selvkontroll. Bulimia nervosa karakteriseres av overspising og uhensiktsmessige kompensatoriske metoder for å unngå vektøkning, for eksempel fremprovosert oppkast eller bruk av lakserende midler. I tillegg er selvvurderingen til personer med bulimi høyst påvirket av kroppsform og vekt, og de har en overdreven bekymring angående kropp og utseende.

DSM-IV-TR (2000) nevner perfeksjonisme som et assosiert kjennetegn ved anorexia nervosa uten at det inkluderes i de diagnostiske kriterier. Implisert i dette er det nærliggende å anta at de fleste av komponentene i perfeksjonismeskalaene er relevante. Spesielt vil dette være opptatt av feil, personlige standarder samt selvrettet perfeksjonisme som er de komponentene sterkest knyttet til individuelle tankemønstre og atferd. I tillegg nevnes lite fleksible tankemønstre og et sterkt behov for å kontrollere sine omgivelser. Disse kjennetegnene kan knyttes opp til organiseringskomponenten i FMPS.

Klinisk psykologisk forskning

Vi vil i denne delen gå gjennom relevant forskning som har sett på sammenhenger mellom ulike perfeksjonismedimensjoner og psykiske lidelser. De nevnte lidelsene fra den

systematiske gjennomgangen ovenfor vil inkluderes, samt flere aktuelle lidelser som forskning har funnet er relatert til perfeksjonismebegrepet. Generelt sett regnes perfeksjonismedimensjonen opptatthet av feil som å være nærmest relatert til flere former for psykopatologi (Frost & Marten DiBartolo, 2002).

Narsissistisk personlighetsforstyrrelse. Hewitt og Flett (1991a) undersøkte sammenhenger mellom perfeksjonisme og ulike personlighetsforstyrrelser og fant at narsissistisk personlighetsforstyrrelse var relatert til utadrettet perfeksjonisme. McCown og Carlson (2004) undersøkte forekomsten av perfeksjonisme hos pasienter med narsissistisk personlighetsforstyrrelse kombinert med rusmisbruk og fant at slike pasienter hadde høyere grad av utadrettet og sosialt foreskreven perfeksjonisme. I tillegg viste studien at personer med narsissistisk personlighetsforstyrrelse med større sannsynlighet avslutter behandling dersom de har høy grad av utadrettet perfeksjonisme.

Tvangspreget personlighetsforstyrrelse. Forskning på sammenhengen mellom perfeksjonisme og tvangspreget personlighetsforstyrrelse har funnet at de er tett knyttet sammen, men likevel to forskjellige konstrukter (Egan et al., 2011). Det kan sies å være overlapp mellom diagnosen tvangspreget personlighetsforstyrrelse og perfeksjonisme, i det at et av kriteriene for diagnosen er “perfeksjonisme som forstyrrer fullføring av oppgaver” (DSM-IV-TR, 2000; Egan et al., 2011). En studie av Egan, Piek, Dyck og Rees (2007) undersøkte rollen dikotom tenkning og rigiditet har i perfeksjonisme, hvor de inkluderte pasienter med tvangspreget personlighetsforstyrrelse. De fant at et klinisk utvalg hadde høyere nivå av dikotom tenkning sammenlignet med kontrollgruppen. Kontrollgruppen i denne undersøkelsen ble ikke screenet for mulig psykopatologi, hvilket gjør at gruppen ikke var en ren kontrollgruppe. En annen begrensning er at perfeksjonismen ble målt mens den kliniske gruppen var under psykologisk behandling. Perfeksjonismen kunne ha endret seg i løpet av behandlingstiden (Egan et al., 2007). Halmi og kolleger (2005) fant at personer med spiseforstyrrelser samtidig med tvangspreget personlighetsforstyrrelse hadde høye nivåer av perfeksjonismedimensjonene opptatthet av feil og tvil på handlinger. I tillegg foreslo de at tvangspreget personlighetsforstyrrelse med perfeksjonisme kunne fungere som risikofaktor for senere utvikling av spiseforstyrrelser (Halmi et al., 2005). Utvalget i denne studien kommer fra et forskningsprosjekt om genetikk i spiseforstyrrelser der familier med flere rammede er inkludert. Dette er en begrensning ettersom det i disse familiene kan være forskjeller i personlighetsfaktorer sammenlignet med enkelttilfeller av spiseforstyrrelser. Det kan antas at målene for perfeksjonisme er påvirket av dette (Halmi et al., 2005).

Tvangslidelse. Perfeksjonisme har blitt nært knyttet opp til tvangslidelse siden tidlig på 1900-tallet av Pierre Janet (i Frost & Marten DiBartolo, 2002). Pierre Janet beskrev tvangslidelse til å utvikle seg i stadier, hvor det første stadiet handlet om en følelse av aldri å ha utført handlinger på nøyaktig riktig måte, til tross for at andre tenker at atferden møter akseptable standarder. Andre psykoanalytikere (e.g. Jones, 1918; Straus, 1948, i Frost & Marten DiBartolo, 2002) har også vektlagt perfeksjonisme i sine beskrivelser av tvangslidelse.

Frost og Steketee (1997) undersøkte forekomsten av perfeksjonisme hos pasienter med tvangslidelse og panikklidelse med agorafobi samt en kontrollgruppe. De fant at perfeksjonismenivåene var signifikant høyere, både total skåre og opptatthet av feil, i begge angstlidelsene sammenlignet med kontrollgruppen. Pasienter med tvangslidelse hadde høyere grad av dimensjonen tvil på handlinger sammenlignet med kontrollgruppa og den andre angstgruppa. En annen studie viste også at personer med tvangslidelse hadde høyere nivåer av tvil på handlinger, sammenlignet med de kliniske gruppene sosial fobi, spesifikk fobi og panikklidelse i tillegg til den ikke-kliniske gruppen (Antony, Purdon, Huta & Swinson, 1998).

Sassaroli og kolleger (2008) fant at perfeksjonismedimensjonen opptatthet av feil var høyere i tre kliniske grupper, deriblant individer med tvangslidelse, sammenlignet med kontrollgruppa. I tillegg hadde de kliniske gruppene høyere nivåer av dimensjonene foreldreforventninger- og kritikk sammenlignet med den ikke-kliniske gruppa. Andre studier har funnet empirisk evidens for at kliniske utvalg av personer med tvangslidelse har signifikant høyere perfeksjonisme også på underskalaene personlig standard (Frost, Steketee, Cohn & Griess, 1994) og sosialt foreskreven perfeksjonisme (Antony et al., 1998) sammenlignet med kontrollgrupper.

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG, 1997, i Frost & Marten DiBartolo, 2002) identifiserte seks hovedtemaer for tvangsmessige oppfatninger som går igjen hos personer med tvangslidelse. Disse er overdreven ansvarlighet, overvektlegging av tanker, viktigheten av å kontrollere tanker, overestimering av trussel, intoleranse for usikkerhet og perfeksjonisme. Perfeksjonisme som tvangstanke beskrives her som tendensen til å tro at det er en perfekt løsning til ethvert problem, at å gjøre noe perfekt er mulig og nødvendig og at selv små feil vil få alvorlige konsekvenser.

Det er blitt foreslått flere mulige årsaker til at personer med tvangslidelse er perfeksjonistisk i sin tankegang og sin atferd. Felles for de ulike teorier om hvordan perfeksjonisme er knyttet til tvangslidelse er at perfeksjonismen representerer et forsøk på å

unngå noe ubehagelig, enten det er kritikk, en katastrofe, usikkerhet eller mangel på kontroll (Frost & Marten DiBartolo, 2002). Ved å være perfekt, altså eliminere feil, vil risikoen for skade, eksempelvis i form av kritikk, minske. Eliminering av feil og det å oppnå perfeksjon er nærmest en umulig oppgave, og personer med tvangslidelse vil derfor ofte tvile på kvaliteten i handlingene de gjør og vil bli engstelige for risikoen de er utsatt for.

Depresjon. Det finnes empirisk evidens for en positiv assosiasjon mellom perfeksjonisme og depresjon. Spesielt sterk relasjon er det mellom sosialt foreskreven perfeksjonisme og depresjon (Shafran & Mansell, 2001). Hewitt og Flett (1991b) fant at selvrettet og sosialt foreskreven perfeksjonisme var økt hos deprimerte personer sammenlignet med en normal kontrollgruppe. Sassaroli og medarbeidere (2008) viste at depressive personer hadde høye nivåer av perfeksjonismedimensjonen opptatthet av feil og foreldreforventninger- og kritikk sammenlignet med en ikke-klinisk kontrollgruppe. I tillegg viser empirien at selvrettet perfeksjonisme og opptatt av feil er positivt relatert til depresjon (Egan et al., 2011). Sosialt foreskreven perfeksjonisme hos et ikke-klinisk utvalg predikerte en økning i depressive symptomer over en 4-månedersperiode (Hewitt, Flett & Ediger, 1996). Resultatet er vanskelig å generalisere til spesifikke diagnosegrupper da utvalget besto av en heterogen gruppe av personer med symptomer på depresjon (Hewitt et al., 1996).

Selv mordstanker og selvmordsatferd kan være til stede i en alvorlig depresjonstilstand og er relatert til perfeksjonisme. Hewitt, Flett og Weber (1994) undersøkte relasjonen mellom perfeksjonisme og selvmordstanker, og fant at både selvrettet og sosialt foreskreven perfeksjonisme var relatert til selvmordstanker. Implisert i dette er at perfeksjonisme kan være en risikofaktor for selvmord. Imidlertid baserer resultatene seg kun på måling av selvmordstanker som avhengig variabel. Det er derfor vanskelig å generalisere funnene til kliniske grupper med reelle selvmordsforsøk (Hewitt et al., 1994). En annen studie gjort av Hewitt, Norton, Flett, Callander og Cowan (1998) viste at en gruppe med personer som hadde gjentatte selvmordsforsøk kombinert med alkoholisme hadde høyere nivåer av sosialt foreskreven perfeksjonisme sammenlignet med alkoholikere uten selvmordsforsøk bak seg. Begrensningen med denne studien er at den kun viser sammenheng mellom sosialt foreskreven perfeksjonisme og selvmordsforsøk hos alkoholikere. Resultatene kan derfor vanskelig generaliseres til andre kliniske populasjoner (Hewitt et al., 1998).

Det har blitt foreslått at veien fra perfeksjonisme til depresjon kan være mediert av selvfølelse, og lav selvfølelse er assosiert med depresjon. Det har også blitt argumentert for at en overdreven streben etter perfeksjon er en vanlig respons til et ugunstig syn på sin

selvverdi, altså vil et lavt selvbilde være unngåelig for en perfeksjonist fordi selv den mildeste form for negativ tilbakemelding kan vurderes som en mislykkethet (Shafran & Mansell, 2001).

Bipolar lidelse. Det fins indikasjoner på at perfeksjonisme kan fungere som sårbarhetsfaktor for humørsvingninger i bipolar lidelse. Alloy og kolleger (2009) fant at selvkritikk målt med Dysfunctional Attitude Scale predikerte utbrudd av maniske og hypomane episoder. Utvalget besto av studenter som til tross for at de møtte kriteriene for bipolar lidelse i DSM-IV, ikke var diagnostisert i helsevesenet. Dette vanskeliggjør generaliserbarheten til kliniske populasjoner. Jones et al. (2005) undersøkte kognitiv stil hos pasienter med bipolar affektiv lidelse, pasienter med unipolar depresjon og en ikke-klinisk kontrollgruppe. Både bipolare og deprimerte pasienter hadde mer av dysfunksjonelle holdninger, inkludert perfeksjonisme, sammenlignet med kontrollgruppen. En begrensning med denne studien er at kontrollgruppa besto av personer med spesielt lav risiko for å utvikle stemningslidelser (Jones et al., 2005). Dette medfører at resultatene må tolkes med forsiktighet, da forskjellene mellom gruppene lettere kan bli signifikant.

Sosial fobi. Studier har vist at pasienter med sosial fobi har høyere grad av perfeksjonisme enn personer med andre former for angstlidelser. Det er spesielt de sosiale dimensjonene av perfeksjonismebegrepet som kan relateres til sosial fobi, nemlig opptatthet av feil og sosialt foreskrevet perfeksjonisme (Egan et al., 2011). Den sosialt foreskrevne perfeksjonismen ble assosiert med flere aspekter av sosial fobi, blant annet frykt for negativ evaluering, sosial selvfølelse, sjenerthet og ensomhet (Frost & Marten DiBartolo, 2002).

Juster et al. (1996) gjennomførte et av de første studiene på forholdet mellom sosial fobi og de ulike dimensjonene av perfeksjonisme. De sammenliknet en gruppe diagnostiserte pasienter med sosial fobi med en gruppe frivillige uten en diagnose ved hjelp av Frost MPS (1990). Pasienter med sosial fobi hadde større sannsynlighet for å oppnå ekstreme skårer på FMPS enn kontrollgruppen. Pasientene med sosial fobi skåret høyere på opptatt av feil og tvil på handlinger komponentene. Disse funnene viser at pasienter med sosial fobi er overdrevent opptatt av å gjøre feil, at de tolker feil som et tegn på både spesifikk og global mislykkethet i tillegg til at de devaluerer sin rolle i sosiale situasjoner og opplever å tvile mye på seg selv. Disse pasientene er opptatt av å yte perfekt i sosiale situasjoner, gi det "korrekte" svaret eller stille de "riktige" spørsmålene. Sosial fobi oppstår når personer antar at de ikke vil være i stand til å skape det ønskede inntrykket i sosiale situasjoner (Juster et al., 1996). I tillegg til denne assosiasjonen mellom perfeksjonismedimensjonene og sosial fobi, fant Juster et al.

(1996) en indikasjon for at jo mer ekstreme resultater på opptatt av feil og tvil på handlinger komponentene jo sterkere sosial angst.

Disse funnene gir støtte til hypotesen om en sammenheng mellom perfeksjonisme og sosial angst. Selve kjernen i sosial angst ligger i forventninger om å fremstå som perfekt eller så nær perfekt som mulig i sosiale situasjoner. Disse antakelsene kan knyttes til forventninger individet setter til seg selv samt en individuell oppfatning av forventninger fra andre i sosiale situasjoner. Dette kan være noe av grunnen til at sosialt foreskreven perfeksjonisme har en sterk assosiasjon med sosial angst. Imidlertid er en svakhet med denne studien at det ikke ble inkludert sammenligningsgrupper bestående av andre kliniske utvalg (Juster et al., 1996).

Panikklidelse. Antony og kolleger (1998) viste at personer med panikklidelse, tvangslidelse og sosial fobi rapporterte høyere nivåer av sosialt foreskreven perfeksjonisme sammenlignet med et ikke-klinisk utvalg. Videre fant de at personer med panikklidelse også rapporterte større grad av perfeksjonismedimensjonene opptatthet av feil og tvil på handlinger, sett i forhold til kontrollgruppa. De tenkte seg at dette funnet kunne indikere at perfeksjonisme kan være et trekk i panikklidelse i tillegg til de andre angstlidelsene. En annen studie av Frost og Steketee (1997) undersøkte grad av perfeksjonisme i de kliniske gruppene sosial fobi, tvangslidelse og panikklidelse med agorafobi samt en ikke-klinisk kontrollgruppe. Undersøkelsen viste blant annet at personer med panikklidelse med agorafobi hadde forhøyet nivå av perfeksjonisme totalt sett, samt på underkategoriene opptatthet av feil og foreldrekritikk, sammenlignet med kontrollgruppa. En senere studie utført av Iketani og kolleger (2002) fant at personer med panikklidelse inkludert agorafobi hadde signifikant høyere grad av perfeksjonismedimensjonene opptatthet av feil, personlige standarder og foreldrekritikk, sammenlignet med panikklidelse uten agorafobi og friske personer. De foreslo at perfeksjonistiske oppfatninger og tendenser kan være involvert i utviklingen og opprettholdelsen av agorafobi hos pasienter med panikklidelse. Imidlertid må funnene tolkes i lys av at det ikke ble tatt hensyn til komorbiditet med personlighetsforstyrrelser (Iketani et al., 2002).

Spiseforstyrrelser. Perfeksjonisme har lenge vært knyttet opp mot spiseforstyrrelser. Perfeksjonisme anses som en av de assosierte kjennetegn ved lidelsen, men også forskning viser en slik link. Koblingen mellom anorexia nervosa (AN) og perfeksjonisme er bredt akseptert. Imidlertid er forholdet mellom bulimia nervosa (BN) og perfeksjonisme mindre entydig, selv om flere ser på fellestrekkene mellom AN og BN som iboende perfeksjonistiske (Goldner, Cockell & Srikameswaran, 2002). I en omfattende litteraturoversikt undersøkte

Bardone-Cone et al. (2007) publiserte studier mellom 1990 og 2005 som omhandlet perfektjonisme og spiseforstyrrelser. Individuer diagnostisert med AN hadde økte nivåer av perfektjonisme sammenliknet med friske kontrollgrupper. Ved bruk av de flerdimensjonale skalaene viser individer med AN høyere skårer på personlige standarder, opptatt av feil og tvil på handlinger. Denne assosiasjonen har også vært undersøkt i forhold til BN. Assosiasjonen mellom økte nivåer av perfektjonisme og bulimi er ikke like sterk som for AN (Bardone-Cone et al., 2007). Imidlertid fant Lilenfeld et al. (2000) en assosiasjon mellom opptatt av feil, tvil på handlinger, foreldreforventninger- og kritikk samt personlige standarder og BN sammenliknet med en frisk kontrollgruppe.

Samlet sett er det indikasjoner for at perfektjonisme er en prediktor for dårligere behandlingsresultat for AN, men ikke like sterke indikasjoner når det gjelder BN (Bardone-Cone et al., 2007). Med tanke på bruk av psykoterapi i behandling av spiseforstyrrelser har resultatene vært blandet på hvorvidt dette også har effekt på reduksjon av perfektjonisme. Psykoterapien har imidlertid ikke vært rettet mot perfektjonisme per se, men behandling av spiseforstyrrelsen (Bardone-Cone et al., 2007).

Flere systematiske litteraturstudier har konkludert med at perfektjonisme sannsynligvis er en risikofaktor for utvikling av spiseforstyrrelser (Bardone-Cone et al., 2007; Egan et al., 2011). Enkelte studier har vist at premorbid perfektjonisme i enkelte tilfeller kan predikere spiseforstyrrelser. Slike studier er imidlertid vanskelige å tolke ettersom de er retrospektive (Bardone-Cone et al., 2007).

En interessant forskjell mellom perfektjonisme og spiseforstyrrelser, og perfektjonisme og angst og depresjon, er at ved spiseforstyrrelser er man ikke bare opptatt av feil og tvil på handlinger, men også personlige standarder (Bardone-Cone et al., 2007; Egan et al., 2011). Spiseforstyrrelser er dermed den eneste lidelsen der også denne komponenten er assosiert med psykopatologi. Det å sette høye personlige standarder samt ha en høy grad av prestasjonsstreben er for individer med spiseforstyrrelser ikke assosiert med veltilpasning.

Kritiske betraktninger. Vi har nå beskrevet flere studier som har funnet sammenhenger mellom perfektjonisme og ulike former for psykopatologi. Imidlertid bør slike studier tolkes med noen forbehold. Mange av studiene nevnt ovenfor er korrelasjonelle (e.g. Lilenfeld et al., 2000; Antony et al., 1998; Frost & Steketee, 1997; Hewitt & Flett, 1991a), hvilket betyr at vi ikke kan si noe om den kausale relasjonen mellom perfektjonisme og psykopatologi. En konsekvens av korrelasjonelle studier er at andre variabler også kan være en del av forklaringen på samvariasjonen mellom variablene. En annen innvending til

studiene vi har benyttet er at de i stor grad benytter seg av selvrappotering som prosedyre, hvilket kan svekke validiteten på grunn av overrapportering eller underrapportering.

Diskrepans mellom diagnosesystemer og forskning

Perfeksjonisme er nevnt som et sentralt trekk i kun en av diagnosene vi undersøkte i diagnosemanualene, nemlig tvangspreget personlighetsforstyrrelse. Det blir nevnt som et assosiert trekk ved anorexia nervosa samt indirekte som perifert trekk ved lidelsene depresjon, sosial fobi og tvangslidelse. Studier viser derimot at perfeksjonisme har høy forekomst i alle de nevnte lidelsene samt ved blant annet panikklidelse med og uten agorafobi og bipolar lidelse. Dersom man leser forskning på perfeksjonisme relatert til psykopatologi, finner man at det sammenfaller ofte, noe som igjen vil få ringvirkninger for behandling av de ulike tilstandene. I tillegg til at perfeksjonisme ofte har høy forekomst blant personer med ulike psykiske lidelser, har det også blitt argumentert for at perfeksjonisme kan fungere som risikofaktor for å utvikle psykopatologi, eksempelvis ved spiseforstyrrelser (Egan et al., 2011).

Hvis perfeksjonisme er en så sentral del av psykopatologien, hvorfor er det ikke nevnt mer i diagnosemanualene? Diagnosemanualene som i dag brukes i klinikken ble publisert på begynnelsen av 90-tallet. Det var også da forskningen på perfeksjonisme tiltok, med utviklingen av de to flerdimensjonale skalaene. En mulighet for at perfeksjonisme ikke omtales i like stor grad i diagnosesystemene kan være at fenomenet ikke var like godt kjent for bidragsyterne den gang. Allikevel var perfeksjonisme et velkjent fenomen for klinikerne, som for eksempel Aaron Beck, David Burns og Albert Ellis. Denne diskrepansen kan være med på å belyse et ikke ukjent fenomen der klinikernes observasjoner og erfaringer ikke stemmer overens med det som er tilgjengelig fra empirien. For å kunne forske må fenomener operasjonaliseres. Som vi har fremstilt tidligere i oppgaven kan perfeksjonisme som fenomen være særs vanskelig å operasjonalisere da det endatil er utfordrende å definere. Med de flerdimensjonale skalaene ble det straks enklere å operasjonalisere perfeksjonisme og forskningen på fenomenet eksploderte.

En annen årsak til diskrepansen mellom diagnosesystemene og forskning kan ligge i at spesielt DSM-systemet er ment til å være ateoretisk og på fenotypenivå. Dette innebærer at de diagnostiske beskrivelsene skal inneholde observerbare symptomer og det legges mindre vekt på årsaksforklaringer og indre mekanismer hos individet. Ytre og synlige symptomer beskrives godt i diagnosemanualene, noe som gjør det lettere å diagnostisere pasienten. En

grunn til at perfeksjonisme ikke nevnes i så stor grad i diagnosemanualene er at det er en indre prosess og kan være vanskelig å observere. Imidlertid nevnes perfeksjonisme i sammenheng med spiseforstyrrelser. Det er da nærliggende å spørre seg hvorfor perfeksjonisme ikke nevnes i sammenheng med andre lidelser. Dette kan illustrere at det alltid vil være forskjell mellom diagnosemanualer og den kliniske virkeligheten.

I hvilken grad kan de ulike forklaringsmodellene bidra til økt forståelse av hvordan perfeksjonisme kommer til uttrykk i psykiske lidelser?

Vi har nå beskrevet at perfeksjonisme er relatert til ulike psykiske lidelser på en eller annen måte. I denne delen vil vi forsøke å utvide forståelsen for hvordan perfeksjonisme kommer til uttrykk i ulike psykiske lidelser, ved å gå tilbake til forklaringsmodellene som ble gjennomgått i forrige del.

I en psykoanalytisk forståelse ses perfeksjonisme på som en mulig regresjon til et tidligere utviklingsstadium. Perfeksjonismen blir en defensiv respons til aggressive drifter og dermed et forsøk på å styrke seg selv og lette skyldfølelsen i møte med fiendtlige, sadistiske impulser (Greenspon, 2008). En slik regresjon kan igjen føre til fremtredende symptomer på angst og depresjon. Perfeksjonismen blir en forsvarsmekanisme, som et resultat av repetisjonstvang der perfeksjonisten opplever at gamle interaksjonsmønstre og intrapsykiske konflikter kommer til uttrykk i stadig nye sammenhenger (McWilliams, 1994).

I nyere psykodynamisk teori knyttes perfeksjonisme opp til relasjoner til andre, som en måte å skape tilhørighet for selvet. En persons subjektivitet skapes i relasjonelle kontekster. Denne subjektiviteten kan som et resultat bli perfeksjonistisk. I hvilke domener denne perfeksjonismen vises kan avhenge av i hvilke relasjonelle kontekster og situasjoner den har blitt skapt. En person som har fått deler av sin erfaringsverden gjennom relasjoner der det har vært lagt mye vekt på perfekt opptreden i sosiale situasjoner, vil for eksempel kunne utvikle sosial fobi som et resultat av at de stadig forventer av seg selv at de skal være perfekte i sosiale sammenhenger. De opplever en aversjon mot å komme i kontakt med følelser av sosial fordømmelse eller sosial inkompetanse. Personer med relasjonelle erfaringer hvor prestasjoner ble mye vektlagt og der ros har vært betinget kan utvikle perfeksjonisme som en kompensasjon. Et slikt perfeksjonistisk syn på seg selv og streben etter alltid å prestere perfekt kan skape depressive reaksjoner ettersom personen sjelden vil kunne oppfylle sine egne krav.

Perfeksjonisme forklart ut i fra læringspsykologiske prinsipper (prinsippet om forsterkning og forventet kontroll) kan være med på å utvikle psykiske symptomer. Perfeksjonistisk atferd kan bli forsterket ved at personen opplever å få anerkjennelse fra betydningsfulle andre. Videre kan dette føre til at personen fortsetter å være perfeksjonistisk fordi han/hun har lært at det gir anerkjennelse og ros. Negative konsekvenser av dette oppstår dersom personen tenker at anerkjennelse og ros oppnås kun ved perfekte resultater. Har personen i tillegg en overdreven indre forventet kontroll og er overdrevent selvkritisk, kan det medføre en sterk ansvarsfølelse som kan ta overhånd. Dersom personen da ikke får perfekte resultater, kan det føre til mindreverdighetsfølelser og andre depressive symptomer (eksempelvis håpløshetsfølelse, skyldfølelse og nedstemthet). For en selvkritisk perfeksjonist vil det være lite rom for å “skylde” på omgivelsene dersom en gjør feil, som i noen tilfeller vil være hensiktsmessig for egen psykisk helse.

Kontroll kan også fungere som forsterker for perfeksjonisme. En perfeksjonistisk person kan oppleve å få mer kontroll over omgivelsene og sitt liv ved å utføre ting etter høye standarder. På sikt kan dette føre til et overdrevent behov for å ha kontroll på det meste rundt seg. Dette vil være uhensiktsmessig da det er få ting som faktisk kan kontrolleres. En person som har ekstremt høy grad av indre forventet kontroll vil sannsynligvis også tro at han eller hun kan kontrollere ting som ikke nødvendigvis er kontrollerbare. Hvis personen opplever å “miste kontrollen”, som da vil vise seg i at perfeksjonistiske standarder ikke blir nådd, kan det tenkes at han eller hun vil utvikle angstsymptomer. Behovet for kontroll kan sies å være et kjennetegn både ved tvangslidelse, tvangspreget personlighetsforstyrrelse og spiseforstyrrelser (DSM-IV-TR, 2000).

I noen tilfeller er perfeksjonisme motivert av en frykt for å gjøre feil, altså atferden forsterkes av en unngåelse av fryktede konsekvenser. Denne varianten av perfeksjonisme kan relateres til angstlidelsene, der unngåelse av det som fryktes ofte står sentralt. Frykten for å gjøre feil er så sterk at perfeksjonismen opprettholdes. Samlet sett kan det således sies at perfeksjonisme i lys av læringspsykologiske prinsipper både kan fungere som risikofaktor for utvikling av psykiske lidelser og som opprettholdende faktor i den eller de psykiske lidelsene som utvikles.

Perfeksjonisme som en del av en personlighetsstruktur kan også være en risikofaktor for utvikling av psykiske lidelser, men da i samspill med aktuelle livshendelser i den enkeltes historie. Sett ut i fra femfaktormodellen kan perfeksjonisme betraktes som et ekstremt uttrykk for planmessighet og som kan føre til mer fremtredende nervøsitet ettersom perfeksjonisten

ikke klarer å imøtekomme sine krav. Økt nervøsitet kan igjen føre til psykisk lidelse, som for eksempel angst og depresjoner.

Pasienter med spiseforstyrrelser har nervøsitet og planmessighet som fremtredende personlighetstrekk (Bollen & Wojciechowski, 2004). Disse trekkene kan videreutvikles til perfeksjonisme via både ytre påvirkninger (som oppvekstmiljø og samfunnsideal) og gjennom erfaringer som igjen har innflytelse på personens holdninger. Utvikling av perfeksjonisme tidlig i livet vil fungere som en risikofaktor for å utvikle spiseforstyrrelser senere.

Den kognitive modellen betrakter perfeksjonisme som en dysfunksjonell holdning eller en irrasjonell oppfatning og kan slikt sett ses på som en opprettholdende faktor for psykiske lidelser. Den kognitive modellen postulerer at årsakene til og risikofaktorer for psykiske lidelser ligger i hvordan individer tenker, løser problemer og tolker ulike erfaringer. Dette foregår ofte på en rigid og uhensiktsmessig måte. Et slikt tankemodus kan vise seg på mange måter, der perfeksjonisme er en av dem (Brown & Beck, 2002).

Perfeksjonisme kan ses på som grunnleggende kognitive antakelser eller holdninger som kan føre til depressive episoder (Brown & Beck, 2002; Egan et al., 2011). Disse antakelsene kan dreie seg rundt en dikotomt preget tankegang om at personen må være perfekt for å ha betydning eller å bli likt av andre. Innholdet i depressiv tankegang er preget av negativitet og dreier seg ofte om mislykkethet og frykt for å feile. Det å sette overdrevent høye standarder for å forsøke å fremstå som perfekt kan bidra til å øke frekvens og mengde av opplevelser av å mislykkes (Hewitt & Flett, 1991b). En perfekt standard er umulig å oppnå og bidrar slik til en selvoppfyllende profeti der personen får bekreftet at hun ikke er god nok uansett hva hun gjør. Et resultat av dette er at perfeksjonisme er en risikofaktor for depresjon og fungerer også ofte som en opprettholdende faktor for lidelsen (Egan et al., 2011).

Kognitiv atferdsteori om sosial angst postulerer at perfeksjonisme fungerer som “primer” for forventning av negative sosiale interaksjoner, og at dette resulterer i sosial angst (Heimberg, Juster, Hope & Mattia, 1995). Perfeksjonistiske antakelser fungerer da slik at personen setter ekstremt høye standarder for hvordan han skal opptre i sosiale settinger og antar at andre også tenker slik. Dette fører til en forventning om at det vil gå galt i sosiale settinger ettersom slike perfekte standarder er umulige å etterkomme. Selv i sosiale situasjoner med helt ok atferd vil perfeksjonisten evaluere at utførelsen ikke var bra nok ettersom den blir evaluert opp i mot en standard som er perfeksjonistisk og dermed uoppnåelig (Heimberg et al., 1995).

Angstmodellen beskriver hvordan perfektjonisme kan forstås som en unngåelsesatferd som følge av en angst for å mislykkes. Når personen ikke oppnår sine urimelige krav, kan angsten og unngåelsesatferden forsterkes. Dette kan føre til slitenhet og til depresjon. Implisert i modellen ligger det at angst er en viktig regulerende mekanisme for personens perfektjonistiske atferd. Hvilken angstlidelse som eventuelt utvikles kan komme an på området der perfektjonismen manifesteres. Eksempelvis vil en tanke om at perfekte løsninger er mulig kunne føre til utvikling av en tvangslidelse.

Felles for alle teoriene er at perfektjonisme utvikles i en interaksjon mellom et individ og dets miljø. Det kan da hevdes at perfektjonisme er en grunnleggende prosess uavhengig av om den for eksempel ses på som et resultat av tidligere relasjonelle erfaringer eller en grunnleggende antakelse. Noen forskere (Egan et al., 2011) på perfektjonisme har foreslått at det er et psykologisk grunnfenomen som kan fungere både som risikofaktor og opprettholdende faktor i psykiske lidelser. Psykologiske grunnfenomener som kan forklare risiko for utviklingen av psykiske lidelser samt opprettholdelse av lidelser, kalles transdiagnostiske prosesser.

Perfeksjonisme som transdiagnostisk prosess.

I et transdiagnostisk perspektiv på psykopatologi er forståelsen rettet mot å se og endre både de prosesser som er felles og de som er mer spesifikke ved psykiske lidelser. I denne teorien er det ikke diagnosen i seg selv som er hovedfokus, men hvordan psykologiske grunnfenomener innvirker på psykiske lidelser (Hagen, Johnson, Rognan & Hjemdal, 2012).

At perfektjonisme er en transdiagnostisk prosess kan ses i sammenheng med at perfektjonisme er en årsaksfaktor for psykiske lidelser. Eksempelvis er perfektjonisme en del av diagnosekriteriene for tvangspreget personlighetsforstyrrelse, mens depresjon og spiseforstyrrelser har en sterk assosiasjon med perfektjonisme (Shafran & Mansell, 2001).

Flere av lidelsene som assosieres med perfektjonisme har også en høy grad av komorbiditet. En rekke funn over de siste tiår viser høy grad av komorbiditet blant symptomlidelsene i kliniske utvalg (Brown, Campbell, Lehman, Grisham & Mancill, 2001; Bieling, Summerfeldt, Israeli & Antony, 2004; Egan et al., 2011). Et transdiagnostisk perspektiv kan gi en forklaring på høye nivåer av komorbiditet mellom lidelser. Dette perspektivet impliserer at komorbiditet oppstår fordi psykiske lidelser deler opprettholdende faktorer. Ettersom perfektjonisme er fremtredende ved flere psykiske lidelser er det nærliggende å anta at perfektjonisme kan representere en felles forklaring (Egan et al., 2011).

Bieling et al. (2004) undersøkte et utvalg av 325 pasienter diagnostisert med komorbide angst- og stemningslidelser. Resultatene viste at antallet komorbide diagnoser var positivt korrelert med den totale skåren på Frost et al. (1990) Multidimensional Perfectionism Scale. Selv når alvorlighetsgrad av symptomer var kontrollert for, fant de at perfeksjonisme var en signifikant prediktor for komorbiditet.

Kliniske implikasjoner

Flere studier har blitt utført som viser at behandling av perfeksjonisme fører til reduksjon i depressive symptomer og symptomer på tvang (Glover, Brown, Fairburn & Shafran, 2007; Pleva & Wade, 2007). Imidlertid har andre studier vist at en reduksjon i perfeksjonismen ved hjelp av kognitiv terapi ikke reduserte symptomer på depresjon, angst og OCD (Egan & Hine, 2008; Chik, Whittal & O'Neill, 2008). Forskningen er ikke konkluderende for dette området. I tillegg er alle slike studier korrelasjonelle noe som forteller oss lite om årsakssammenhenger. Det er da vanskelig å bedømme hvorvidt behandling av perfeksjonisme alene er tilstrekkelig for symptomreduksjon eller om en slik målretting av terapien bør være en del av et behandlingsopplegg med et bredere fokus. Det vil være opp til klinikerer selv skjønnsmessig å avgjøre i hvor stor grad perfeksjonismen skal målrettes og til hvilken tid i behandlingsforløpet. For enkelte lidelser der perfeksjonisme er en stor del av lidelsen, slik som tvangspreget personlighetsforstyrrelse og spiseforstyrrelser, kan det være hensiktsmessig at den terapeutiske intervensjonen blant annet rettes mot perfeksjonismen. Er pasienten svært deprimert kan det avgjøres at det er nødvendig å jobbe med pasientens symptomtrykk i forbindelse med depresjonen, før en kan gå inn i de perfeksjonistiske antakelsene til pasienten. Ved å gå inn i slike antakelser kan klinikerer og pasienten jobbe med det som opprettholder depresjonen og kanskje forebygge fremtidige depressive episoder.

Et argument for å rette behandling mot perfeksjonisme i terapien er at perfeksjonisme kan interagere med andre opprettholdende mekanismer og gjøre lidelsen vanskeligere å behandle. En interaksjon mellom perfeksjonisme og behandlingsresponsivitet kan oppstå når området der perfeksjonismen uttrykkes overlapper med området som påvirkes av den psykiske lidelsen (Shafran et al., 2002). For eksempel kan en perfeksjonistisk antakelse om at en må være perfekt i sosiale sammenhenger interagere med selvfokusert oppmerksomhet som er en opprettholdende mekanisme for sosial fobi. Selvfokusert oppmerksomhet vil igjen påvirke antakelser om perfekt opptreden sosialt. Dersom perfeksjonisme er en transdiagnostisk prosess, er det et videre argument for å behandle perfeksjonismen i tillegg til

den psykiske lidelsen. Spesielt ettersom perfeksjonisme kan antas å forklare hvorfor det er stor grad av komorbiditet mellom lidelser.

Behandling av perfeksjonisme

Det terapeutiske utgangspunktet som er best belyst i forskningen er kognitiv atferdsterapi (Egan et al., 2011; Shafran et al., 2002). Flere klinikere benytter seg imidlertid av terapeutiske intervensjoner med utgangspunkt i psykodynamisk terapi, som for eksempel interpersonlig terapi og intersubjektiv systemterapi (Flett & Hewitt, 2002; Greenspon, 2008). Vi vil nå presentere ulike behandlingsmetoder for perfeksjonisme. Vi vil belyse behandling ut i fra en psykodynamisk orientert terapi og en tradisjonell kognitiv terapeutisk intervensjon, disse tilnærmingene har vi valgt ut basert på de teoretiske forklaringsmodellene presentert tidligere i oppgaven og fordi disse retningene har lange tradisjoner i klinisk virksomhet. I tillegg vil vi vise behandling for perfeksjonisme ut i fra to nyere terapiretninger, aksept- og forpliktelsesterapi samt metakognitiv terapi. Disse har vi valgt ettersom de er generelle, prosessbaserte tilnærminger og i tråd med det transdiagnostiske perspektiv på behandling (Hagen et al., 2012).

Psykodynamiske terapiretninger baserer seg ofte på aktiv bruk av terapirommet og de prosesser som foregår der. Her er terapeutiske prosesser som overføring og motoverføring sentrale. Overføring innebærer at pasienten får reaksjoner på terapeuten som representerer pasientens følelser og reaksjoner på tidlige relasjonelle erfaringer (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Motoverføringer er terapeutens reaksjoner på pasienten som er farget av terapeutens egne tidlige relasjonelle erfaringer (McWilliams, 1994). De gjentakende temaer i en persons relasjoner og måter å interagere med andre på, har en tendens til å dukke opp i den terapeutiske relasjonen. Tilbakefall av interpersonlige temaer i terapien gir en unik mulighet for å utforske og omarbeide dem når de opptrer. Målet er større fleksibilitet i interpersonlige relasjoner og en bedre evne til å møte interpersonlige behov. Videre har de psykodynamiske terapiretningene fokus på utforsking av emosjoner. Dette fordi emosjonell innsikt innebærer resonnering på et dypere nivå og kan i større grad bidra til endring enn intellektuell resonnering (Shedler, 2010).

Kognitiv terapi fokuserer mye på tankeprosesser i behandling. I tradisjonell kognitiv atferdsterapi fokuseres det på samarbeid mellom terapeut og pasient. Hovedsakelig handler dette om hvordan pasientens vansker fremtrer her og nå. Kognitiv terapi er en øvelse i å se tankene, ikke bare være i dem. Prinsippet er at endring i tanker fører til endring i følelser.

Dette gjøres ved å bevisstgjøre pasienten over forholdet mellom tanker og følelser. En arbeidsmetode som brukes for dette er systematisk gjennomgang, ved å se på hendelser som fører til tanker og følelser knyttet til tolkning av hendelsen. Det er tre sentrale mål for terapien, få kontroll over problemet, få en forståelse av hva som har bidratt til å opprettholde problemene, og finne en metode for å forebygge nye problemer (Berge & Repål, 2010). Nyere kognitive retninger baserer seg på tenkning om tenkning i et metaperspektiv og fokus på emosjonell aksept.

For å illustrere de ulike behandlingstilnærmingene vil vi benytte oss av en klinisk vignett som eksempel på hvordan perfeksjonisme manifesteres. Vignetten er oppdiktet, og reflekterer ingen virkelig person. Vignetten tar utgangspunkt i et klinisk symptom-bilde, men behandlingsintervensjonene som presenteres vil reflektere et fokus på perfeksjonisme. I det virkelige liv vil klinikerer måtte ta større hensyn til det helhetlige sykdomsbildet.

Heidi, 20, kommer til klinikken etter å ha blitt henvist fra sin fastlege. Henvisningen beskriver at hun har en BMI på under 18,5 og at det ikke finnes noen somatiske forklaringer til hennes lave vekt. Heidi kommer til samtale ulastelig antrukket og pent sminket. I samtalen kommer det frem at Heidi fokuserer mye på skolearbeid og ballettdansing, hun kan for eksempel sitte i timesvis med oppgaver uten å bli fornøyd og er ofte igjen etter trening for å finpusse på teknikken. Hun opplever seg nedstemt, men benekter å ha problemer med mat. Hun mener selv at hun alltid har vært tynn og småspist og ser ikke på dette som et problem. Heidi forteller at hun har vokst opp i en familie med akademikerforeldre uten søsken. Oppveksten var preget av at Heidi var mye hjemme alene, og foreldrene var opptatt med jobb. Hun fikk liten tid med foreldrene, men de valgte å fokusere tiden med henne på skoleprestasjoner.

Eksemplet ovenfor beskriver en kvinne med symptomer på spiseforstyrrelser som har flere perfeksjonistiske tendenser. Dette uttrykkes i form av at hun bruker uforholdsmessig mye tid på skolearbeid og at hun er svært opptatt av å ha perfekt teknikk i ballettdansingen. I dette tilfellet er perfeksjonismen med på å opprettholde Heidis problemer. Det kan hevdes at kravene Heidi nå har, har vært tilstede siden hun var liten. Hun har fått liten tid med foreldrene, og den tiden hun har hatt med dem har vært preget av et fokus på prestasjoner. Det er nærliggende å anta at en slik foreldre-barnrelasjon har vært preget av en betinget aksept og kjærlighet fra foreldrene. Ettersom Heidi benekter å ha problem med mat, kan det være nyttig å starte med perfeksjonismen.

Intersubjektiv systemteori. I intersubjektiv systemteori vurderes det slik at våre subjektive erfaringer og opplevelser er innebygd i erfaringsverdener til andre, og hver verden er organisert forskjellig. Den intersubjektive teorien vektlegger et fokus på de faktorer som bidrar til utvikling av perfeksjonisme; pasientens relasjonelle utviklingshistorie som har skapt det synet de har på seg selv. Fokuset for en behandling av perfeksjonisme og assosierte vansker vil være å søke en forståelse av de interpersonlige båndene som har skapt pasientens erfaringsverden. Å endre et individs selvkonsept krever en prosess som tilsvarer den som skapte selvkonseptet i utgangspunktet; å få nye erfaringer med relasjoner som fører til ny implisitt relasjonell kunnskap (Greenspon, 2008). Terapiens utgangspunkt vil være at perfeksjonisme representerer en emosjonell overbevisning om at en må være perfekt for å få aksept som person. Slike emosjonelle overbevisninger skapes i relasjonelle kontekster og det er disse som utforskes i terapirommet.

Med dette utgangspunktet for behandling vil bruk av terapirommet og de prosesser som foregår der være viktige. Hver deltager i det terapeutiske arbeidet, både pasient og terapeut, bringer med seg en utviklingshistorie samt håp og frykt til den terapeutiske relasjonen. Terapeuten kan bruke seg selv og relasjonen mellom seg og pasient som utgangspunkt for å forstå pasientens erfaringsverden og påbegynne en endringsprosess (Greenspon, 2008). Mindre viktig er en direkte tilnærming til perfeksjonistisk atferd.

Heidi i eksempelet ovenfor har relasjonelle erfaringer der hun har opplevd at foreldrenes oppmerksomhet og aksept er nært knyttet opp til hvordan hun presterer på ulike områder i livet. Behandling basert på intersubjektiv systemteori vil ta utgangspunkt i dette for terapien. Her vil det som fremtrer og oppstår i terapirommet være et viktig utgangspunkt. Terapien vil søke å skape en atmosfære for aksept og gi en mulighet for Heidi til å føle seg akseptert for den hun er og ikke for hva hun kan utrette. Terapeuten kan i denne sammenhengen også forsøke å bekrefte og validere karakteristikk og egenskaper ved Heidi som er adskilt fra prestasjoner, som for eksempel intelligens, ansvarsfølelse og forpliktelse (Greenspon, 2008). Dette er egenskaper som også kan assosieres med prestasjonsstreben, uten at de relateres til perfektet.

Heidis emosjonelle overbevisninger om perfeksjonisme er et resultat av hennes relasjonelle utviklingshistorie. I terapiforløpet vil det være viktig å utforske disse emosjonelle overbevisningene for å få en innsikt i opphavet og meningen til Heidis perfeksjonistiske streben (Greenspon, 2008). For å gjøre dette kan terapeuten sammen med Heidi ta utgangspunkt i beskrivelser der Heidi har opplevd at hun har blitt validert basert på hennes

prestasjoner i relasjonen med andre. Eksempelvis kan slike beskrivelser dreie seg om situasjoner der foreldrene har lagt mye vekt på hvordan hun presterer på skolen. Fokuset videre vil være å opprettholde en dialog om opphavet og meningen til perfeksjonistens erfaringsverden. Dette kan både bidra til at Heidi får en bedre innsikt i hvordan hennes strenge krav til seg selv har oppstått, i tillegg til å gi en følelse av å bli forstått og akseptert.

Rasjonalet bak denne behandlingsretningen baserer seg ikke på en manual eller en bestemt struktur for hvordan terapien skal forløpe. Terapeuten og Heidi må sammen utforske hvilke relasjonelle kontekster det er som har bidratt til hennes erfaringsverden der hun opplever at hun må være perfekt for å få aksept som person. Dette kan også bidra til en forståelse for terapeuten og Heidi sammen for hva det er som gjør at hun også har et anstrengt forhold til mat. Slik kan dette problemet gradvis tilnærmes i behandlingen.

Kognitiv atferdsterapi. Prinsippene om kognitiv atferdsterapeutisk behandling for perfeksjonisme presentert her er hentet fra Shafran, Egan og Wade (2010). Det er viktig å starte med en utforskning av reglene for å forstå hva det er som opprettholder problemene samt kartlegge motivasjon for endring. Utforskningen behandleren gjør i en kognitiv behandlingstilnærming, går ut på kartlegging av rigide regler, undersøke hvordan pasienten tolker eller er oppmerksom på feil og suksesser og sette opp fordeler og ulemper med perfeksjonismen. Ettersom Heidi er ambivalent når det gjelder hvorvidt hun vil endre på sin perfeksjonistiske atferd, kan terapeuten utforske endringsmotivasjon ved å spørre Heidi: “hvordan vil livet ditt se ut i fremtiden hvis du fortsetter på denne måten?”. Videre kan terapeuten stille spørsmålstegn ved hvordan livet hennes vil se ut i fremtiden dersom hun endrer tankegang og gir seg selv mindre strenge krav. Poenget er at Heidi selv skal komme med fordeler og ulemper med sin perfeksjonisme.

Når terapeuten og Heidi har blitt enige om å jobbe med hennes perfeksjonistiske tankegang er det tid for å gå dypere inn i hendelsene som utløser Heidis perfeksjonisme. Terapeuten kan sammen med Heidi utforske situasjonene der Heidi blir sittende med skoleoppgaver uten å bli fornøyd. Her vil det være nyttig å hjelpe Heidi til bedre å se på hvilken måte hun tenker om hvordan hun må utføre arbeidet sitt og hvordan hun strengt evaluerer seg selv. En del tid bør også brukes på å gjøre Heidi oppmerksom på de tankefeil hun har der hun overevaluerer feilene og devaluerer sin suksess.

Videre kan det være nyttig for både terapeuten og pasienten at pasienten fører tankedagbok mellom timene. Tankedagboka har som hensikt å avdekke uhensiktsmessige tankemønstre og påfølgende negative følelser. Tankedagbok kan i Heidis tilfelle brukes for at

hun skal bli bevisst egne tanker og forestillinger og for å se tankene i et mer objektivt lys. Tankedagboka kan avdekke typiske tenkemåter som er vanlig blant perfeksjonister, eksempelvis tanken om dobbeltstandard der perfeksjonisten har strenge krav til seg selv men ikke til andre rundt seg (Shafran et al., 2010). Et annet eksempel på et uhensiktsmessig tankemønster hos Heidi er overgeneralisering. Dette innebærer at hun konkluderer med at hun er mislykket som person dersom hun ikke når et av sine mål. For å komme slike uhensiktsmessige tenkemåter til livs, kan en i terapien benytte seg av kognitiv restrukturering. Kognitiv restrukturering innebærer at Heidi skal utfordre negativ tankegang med å undersøke bevis for en tanke. Terapeuten kan ta utgangspunkt i tankedagboka for å utforske pasientens tanker om bevis for antagelser. Når tankene er nedskrevet kan det være hensiktsmessig å spørre seg selv spørsmål som kan utfordre disse tankene, eksempelvis “hva ville en venn sagt om denne tanken?”, eller “hvilke positive aspekter ignoreres?”. Utfallet bør så evalueres, altså bør pasienten revurdere styrken på følelsen etter en slik diskusjon med seg selv.

En annen måte å motivere videre til endring kan være å la pasienten prøve seg frem med mindre strenge regler, i form av atferdseksperimenter. Atferdseksperimenter går ut på at man prøver ut oppfatningene sine i praksis ved å gjøre ting på den gamle måten for så å forsøke en nyere, mindre rigid og streng måte. Deretter evalueres eksperimentet. Evalueringen av et slikt eksperiment bør inneholde både styrke på angst/ubehag og hvorvidt man får en revidert oppfatning som følge av eksperimentet. Heidi pleier å være igjen etter trening for å perfeksjonere ulike ballettøvelser, da hun aldri blir helt fornøyd. Det fører igjen til at hun blir sliten og ofte får belastningsskader. I Heidis tilfelle kan et atferdseksperiment gå ut på at hun skal utfordre tanken om at hun må trene mer enn andre for å mestre danseteknikker. Først må hun evaluere den gamle måten å gjøre det på ved at hun registrerer tanker og følelser etter å ha vært igjen etter trening som vanlig. Deretter skal hun forsøke å dra hjem når treningen er over, for så å registrere tanker og grad av ubehag. I tillegg kan hun be ballettinstruktøren om tilbakemelding på hvordan hun mestrer nye teknikker etter begge gangene, for å se om hennes oppfatning stemmer overens med virkeligheten.

Siste del av behandlingen fokuseres på personens selvkritiske stemme. Det kan være lurt å bli mer oppmerksom på sin indre kritiske stemme og finne ut om den er mer fremtredende enn den medfølende stemmen. Bevisstgjøring av sin egen kritiske stemme er viktig for å redusere innvirkningen kritikken har på en selv og for å kunne øve på å bli mindre selvkritisk. Heidi syns denne oppgaven var utfordrende, da hun opplevde at hennes kritiske stemme var en del av hennes identitet og noe som førte henne fremover i livet. Terapeuten og

Heidi måtte bruke en del tid på å finne Heidi sin medfølende stemme, da den var mindre fremtredende. En måte å svare den kritiske stemmen på er å øve på aksept. Aksept handler om å erfare eller oppleve situasjoner og tanker uten å bedømme. En kan forsøke simpelthen å observere egne tanker og reaksjoner/følelser uten å bedømme dem. Denne teknikken krever litt øvelse, men har vist seg å redusere ubehag (Shafran et al., 2010). Heidi trengte mye øvelse for å lære seg aksept av tanker og følelser, men hun opplevde det som veldig nyttig da hun merket at det begynte å hjelpe.

En kognitiv atferdsterapeutisk behandlingsmodell for perfeksjonisme har som mål å gjøre strenge og rigide standarder om til mer fleksible retningslinjer. Tanken er at perfeksjonismen da vil bli omgjort til en mer funksjonell prestasjonsstreben, uten den begrensende frykten for å være feilbarlig.

Aksept- og forpliktelsesterapi (Acceptance and commitment therapy). En annen terapiform med røtter i kognitiv atferdsteori er aksept- og forpliktelsesterapi (ACT). I korte trekk går denne terapiformen ut på å forsøke å oppnå psykologisk fleksibilitet, definert som evnen til å kontakte øyeblikket mer fullstendig som et bevisst menneske (Hayes & Pierson, 2005). I tillegg ønsker ACT-terapeuter at pasienten skal kunne følge sine verdier og verdsatte mål i livet, uten begrensningene som tanker og følelser ofte kan gi. Forskjellen mellom ACT og tradisjonell kognitiv atferdsterapi er at i ACT forsøker terapeuten å lære pasienten å akseptere tankestrømmen i stedet for å gå inn i rasjonalet for tankene (Hayes & Pierson, 2005). ACT-terapeuter bruker også metaforer i utstrakt grad for å illustrere viktige poeng i terapien (Harris, 2012). ACT-tenkningen tar utgangspunkt i at ubehag er en del av livet og at vi ikke burde gjøre så mye for å unngå ubehag. Kontroll er ikke løsningen, men en del av problemet, i følge ACT (Hayes & Pierson, 2005). ACT regnes som en transdiagnostisk behandlingstilnærming og kan i teorien derfor brukes uavhengig av hvilken psykisk lidelse som skal behandles (Smout, Hayes, Atkins, Klausen & Duguid, 2012).

I ACT øver man på teknikker for å kunne observere egne tanker og følelser uten å forsøke å endre dem. Det er altså et mål at pasienten skal bli mer observerende og objektiv til sitt "indre liv". Kognitiv defusjon handler om å forholde seg til tankene på en ny måte slik at de får mindre betydning og innflytelse på deg (Harris, 2012). Det fins flere teknikker for å øve på defusjonering, men alle handler om å ta et skritt tilbake og observere tanken på en ny måte. Heidi har for eksempel hyppige tanker om at hun må gjøre alt perfekt. Terapeuten kunne følgelig be Heidi om å formulere tanken "jeg må være perfekt" om til "jeg har en tanke om at jeg må være perfekt". På denne måten får Heidi en avstand til tanken om å være perfekt

og ser at det bare er en tanke og ikke nødvendigvis en virkelighet. Videre kan Heidi ufarliggjøre tanken med eksempelvis å synge “jeg må være perfekt” i en kjent melodi. Tanken mister da sin kraft og ender ofte opp med å bli morsom.

En annen teknikk innenfor ACT er oppmerksomt nærvær, eller mindfulness, som handler om å være tilstede i nuet uten å bedømme egne opplevelser (Hayes & Pierson, 2005). Bedømming av egne følelser og opplevelser vil forekomme, men terapeuten kan da be Heidi om å svare bedømmingen med “nå bedømmer jeg” eller “dette er en bedømmelse”. Det handler altså om å bli bevisst på følelser og kroppslige fornemmelser uten å prøve å kjempe i mot følelsene. Denne teknikken krever øvelse, men det er viktig å nevne at poenget ikke er at man skal kvitte seg med negative følelser.

Aksept i denne terapiformen går ut på å akseptere ubehagelige følelser og tanker og heller oppfatte dem som forbigående og universelle. Harris (2012) kaller teknikken utvidelse, og den innebærer at man skal lære seg å *observere* følelser i stedet for å tenke på dem. I ACT lærer pasienten følgende teknikker for å bli mer observerende. Tanken er at man skal aktivere det observerende selvet i tillegg til det tenkende selvet som dominerer menneskers liv i stor grad (Harris, 2012). Terapeuten og Heidi møtte på noen utfordringer fordi Heidi opplevde at akseptøvelser førte til at de negative følelsene forsvant og forventet dermed at det skulle skje hver gang. Terapeuten måtte minne Heidi på flere ganger at målet ikke er å kvitte seg med negative følelser, men å observere at de er der uten å bedømme dem og ikke forsøke å endre dem. Det at de negative følelsene forsvant regnes i ACT som en positiv *bivirkning* og er ikke målet i seg selv.

Vi foreslår at denne behandlingsformen kan være aktuell som behandling for personer med perfeksjonisme. Dette med bakgrunn i at målet for denne terapien er at pasienten skal oppnå psykologisk fleksibilitet, en egenskap perfeksjonister ofte har vansker med. I tillegg anser vi at det kan være hensiktsmessig å revurdere sine verdier og mål i livet etter at man har øvd på å bli mer fleksibel og mindre bundet av egne tanker, slik at personen får mulighet til å sette mer realistiske og oppnåelige standarder. Etter en tid med terapi ble Heidi glad over at hun kunne finne ut hvilke verdier og mål som faktisk betydde noe for henne, og det ble da lettere å sette mildere standarder og regler for seg selv. Hun innså blant annet at overtrening førte til at fremgangen i balletten ble forhindret, noe hun tidligere ikke hadde trodd på. Straks hun innså dette klarte hun å begrense seg og sluttet med å være igjen etter trening for å perfeksjonere nye teknikker.

Ettersom ACT er en generell tilnærming unngår man dilemmaet om hvilket problem man skal ta fatt i først, i tilfeller der pasienten har komorbide tilstander samt forhøyet nivå av perfektjonisme. I denne terapiformen vurderes det at kontroll er en del av problemet, noe som kan relateres både til perfektjonisme og andre psykiske lidelser. Heidi brukte mye tid på å argumentere mot terapeutens påstand om at vi ikke kan kontrollere vårt indre liv, bare våre egne handlinger. Hun hadde tross alt brukt mesteparten av livet sitt på å forsøke å kontrollere det meste i hennes hverdag. Da Heidi begynte å godta at vi mennesker ikke kan kontrollere alt, følte hun det som en befrielse. ACT legger også opp til at pasienten skal eksponere seg for sine “nye” verdier i samarbeid med terapeuten.

Metakognitiv terapi. Metakognitiv terapi (MCT) stammer fra kognitiv terapi. I likhet med ACT er metakognitiv terapi også en prosessbasert terapi og fokuserer mindre på innhold i tanker. MCT skiller seg fra tradisjonell kognitiv atferdsterapi ved at den vektlegger *hvordan* en person tenker, og at dette styrer følelsene og kontrollen han eller hun har over tankene (Wells, 2009). Metakognisjon er tenkning om tenkning. På den måten vil metakognisjoner overvåke, styre og vurdere bevissthetens produkter og prosesser. Den metakognitive teorien foreslår at psykisk sykdom utvikles når personens måte å tenke på og bruk av mestringsstrategier fører til styrking av emosjonelle responser. Dette oppstår mye på grunn av utvidet tenkning som forlenger de emosjonelle responser. Et bestemt tankemønster som er en årsaksfaktor i å forlenge negativ tenkning er kognitivt oppmerksomhetssyndrom (KOS) (Fisher & Wells, 2009). KOS består av forhøyet selvoppmerksomhet, vedvarende og gjentakende tankeprosesser som bekymring og ruminering, et sterkt fokus på trusler og bruk av uhensiktsmessige mestringsstrategier.

De metakognitive antakelser er sentrale i MCT ettersom de er tett knyttet til personers valg av strategier for hvordan de regulerer følelsene sine (Hjemdal & Hagen, 2012). MCT antar at et relativt lite antall antakelser kan forklare nesten all psykopatologi (Fisher & Wells, 2009). Positive metaantakelser handler om fordelene ved bekymring, ruminering, trusselovervåking og tankekontrollering. De negative metaantakelser dreier seg om ukontrollerbarheten til tanker og deres konsekvenser. Positive metaantakelser gjør personer sårbare for å utvikle psykologiske vansker, mens negative metaantakelser gir emosjonelt ubehag (Fisher & Wells, 2009). Metatankene utløser tenkemåter der individet blir fastlåst i en vedvarende og stadig tilbakevendende tilstand av negativ selvfokusert prosessering. Behandling med metakognitiv terapi er rettet mot å modifisere metakognitive antakelser og prosesser (Fisher & Wells, 2009). I tillegg er det viktig at pasienten trenes opp i å respondere

på indre hendelser på en fleksibel måte, noe MCT har til felles med ACT. I metakognitiv terapi kreves det at terapeuten ser forbi innholdet i tankene og istedenfor fokuserer på å identifisere og modifisere komponentene i KOS. MCT kan tenkes å være en god tilnærming for behandling av perfektjonistiske pasienter fordi det er en måte å bli bevisst hvordan uhensiktsmessig tenkemåter og unngåelsesstrategier kan føre til mer emosjonelt ubehag. Perfeksjonisme som tar overhånd kan føre til like tankemønstre som i eksempelvis depresjon og angst, slik som bekymring for å gjøre feil, grubling og ruminering samt en rigid og dikotom tankegang. Terapeuten kan da utforske og behandle hvilke metakognitive antakelser som er bakenforliggende for tilstanden, heller enn symptomene.

I tilfellet med Heidi må terapeuten jobbe for å avdekke hvordan KOS fremtrer for henne. Det første leddet i den metakognitive modellen er utarbeidelse av en kasusbeskrivelse. Denne innebærer en beskrivelse av hvordan en gruble- eller bekymringsepisode har artet seg for Heidi. Videre jobber terapeuten med å sosialisere Heidi til den metakognitive modellen. Dette innebærer at hun blir forklart hvordan opplegget fungerer og at hun opplever den metakognitive modellen som meningsfull. En viktig del av den terapeutiske intervensjonen i MCT er oppmerksomhetstrening og frakoblet oppmerksomhet. Oppmerksomhetstrening går ut på at terapeuten og Heidi gjør flere øvelser basert på selektiv og delt oppmerksomhet. Frakoblet oppmerksomhet brukes for å gjøre Heidi klar over hvordan de negative automatiske tankene kan trigge grubling og bekymring. FO går ut på å lære seg, gjennom øvelser og hjemmeoppgaver, å observere tanker uten å forsøke å gå inn i dem eller endre dem (Fisher & Wells, 2009; Hjemdal & Hagen, 2012).

Når de første stegene i behandlingsopplegget er gjennomført, fokuseres behandlingen mot Heidis negative og positive metaantakelser. Dette gjøres ved hjelp av sokratiske samtaler og atferdseksperimenter. Et eksempel på en positiv metaantakelse som Heidi kan ha er: “ved å dvelle på alle feilene jeg har gjort, kan jeg gjøre alt feilfritt”. Dette er en positiv metaantakelse fordi Heidi tenker at det finnes fordeler med å tenke over tidligere feil, noe som bidrar til mer grubling. Terapeuten kan ved sokratisk spørring bevisstgjøre Heidi hennes metaantakelser. Han kan for eksempel spørre “jeg hører at du grubler over de feilene du har gjort før, er det noen fordeler ved å gruble over dette?”. En negativ antakelse Heidi har som kan relateres til dette er: “Det må være noe feil med meg, når jeg tenker slik, jeg klarer jo ikke å slutte.” For å avdekke denne metaantakelsen kan terapeuten spørre: “Klarer du å stanse grublingen hvis den gjør at du føler deg verre? Hvor sterkt tror du på at grublingen din ikke kan kontrolleres?” Tanker om å være mislykket eller at alt en gjør er feil er egentlig et resultat

av metatanken om grubling eller bekymring. I terapien ser en på hva pasienten egentlig oppnår ved å tenke slik. Videre i behandlingsopplegget vil MCT-terapeuten og Heidi forsøke å bearbeide de metakognitive antakelsene hun har.

Kliniske utfordringer

I møte med mennesker som sliter med en perfeksjonistisk tankegang og atferd kan det oppstå flere utfordringer for terapeuten. Personer med perfeksjonisme oppsøker gjerne hjelpeapparatet for andre psykiske symptomer som angst eller depresjon og ønsker først og fremst hjelp mot disse symptomene. Terapeuten kan følgelig møte på motstand dersom perfeksjonisme blir presentert som en medvirkende faktor til personens psykiske lidelse. Det er viktig å trå varsomt dersom den perfeksjonistiske tankegangen er sammenvevd med pasientens grunnleggende selvfølelse.

Generelle terapiutfordringer. Narsissistiske pasienter byr på flere utfordringer i terapien da de i stor grad forsøker å dekke over sine feil slik at ikke skamfølelsen aktiveres. Dette fører til at de ikke forteller om det de skammer seg over og samtalen kan ofte ha en overflatisk karakter. Narsissister har urealistiske idealer for seg selv som kan være vanskelige å leve opp til. En svikt i å leve opp til de perfeksjonistiske standardene resulterer i en dyptgående skam og innebærer et angrep på selve oppbyggingen av selvet (McWilliams, 1994). Dette oppleves naturlig nok som truende for personen. Når narsissisten er i en slik fase må terapeuten ta hensyn til at pasienten er overfølsom for kritikk.

En annen utfordring terapeuter kan møte på i samtaler med narsissistiske perfeksjonister er at de har egosyntone overføringsreaksjoner mot terapeuten (McWilliams, 1994). Egosyntone overføringsreaksjoner oppleves av pasienten som reelle reaksjoner på terapeuten. Det blir derfor vanskelig for terapeuten og pasienten å utforske overføringsreaksjonene som en naturlig del av terapien. Narsissistiske personligheter anvender forsvarsmekanismer som idealisering og devaluering, disse mekanismene er komplementære. Det innebærer at når selvet blir idealisert blir andre personer devaluert og motsatt. Det er derfor vanlig at pasienten enten devaluerer eller idealiserer terapeuten helt. Dette kan føre til at terapeuten opplever ubehagelige motoverføringsreaksjoner, eksempelvis kan terapeuten føle seg ignorert som person. I tillegg har slike pasienter gjerne forventninger om at meningen med behandling er å perfeksjonere selvet heller enn å forstå det og finne mer effektive måter å takle selvets behov (McWilliams, 1994).

I terapi med pasienter med perfektjonisme kan pasienten komme til å forvente at terapeuten også skal være perfekt (Flett & Hewitt, 2002). Da det er få eller ingen terapeuter som er perfekte kan dette resultere i at perfektjonisten får mistro til behandleren og hele behandlingsopplegget. I tillegg til dette kan perfektjonisten oppfatte at han må være den perfekte pasient. Dette kan innebære at perfektjonisten forsøker å gjøre det behandleren foreslår på en perfekt og feilfri måte, ikke uttrykker misnøye med terapien eller sier seg enig i alle terapeutens forslag. Perfektjonisten kan fremstille behandlingsfremgang feilaktig for å tilfredsstille terapeuten.

Perfektjonisters dikotome tankegang kan bli et problem når de skal evaluere behandlingsfremgang (Sorotzkin, 1998). Det kan være vanskelig å få perfektjonisten til å sette pris på små forbedringer og til å se på behandling som en gradvis prosess som utfoldes over tid. Et annet problem som kan oppstå er at perfektjonister har en tendens til å strebe etter perfektjonistiske mål for behandlingsprosessen. Sorotzkin (1998) observerte at hans pasienter ble opptatt av å være perfektjonistisk i terapiprosessen og at de ville være perfekte emosjonelt sett. For eksempel ved ikke å ha noen former for angst, indre konflikter eller noen former for frykt. Slike urealistiske forventninger til terapien kan være med på å undergrave behandlingsprosessen.

En annen utfordring i behandling av perfektjonisme er at perfektjonisten ofte klamrer seg til sine standarder. Det har tidligere gitt dem positive opplevelser og de oppfatter å ha fått noe igjen for å ha slike høye standarder (Flett & Hewitt, 2002). Det kan være en stor omveltning for en person å skulle gi opp det som i essensen definerer hvem de er og hvordan de ser på seg selv. En terapeut som vil forsøke å endre dette synet en person har på seg selv kan bli en trussel for selve fundamentet perfektjonisten har for sin tilhørighet.

Shafran og medarbeidere (2010) forklarer at en av grunnene til at perfektjonisme er vanskelig å bli kvitt, er at perfektjonister ofte viser mer oppmerksomhet til tenkte feil enn til sine suksesser. Overgeneralisering fører til en enda sterkere vektlegging av selvevaluering basert på prestasjoner. Selv når personer følger egne regler og standarder, nedvurderer de sine prestasjoner ved for eksempel utsagn som at oppgaven var "for lett" og omformulerer standardene til å bli enda strengere. Følgelig har mange perfektjonister da bekymringer omkring det å skulle sette lavere standarder for seg selv. Vanlige bekymringer er at de ikke vil være gjennomsnittlig, at de vil bli late, at det vil føre til at de mister noe de verdsetter (for eksempel jobb), at de ikke vil komme seg framover i livet og at de vil bli overveldet av angst. Slike bekymringer vil føre til motstand mot endring av den perfektjonistiske tankegangen.

Tidligere presenterte vi et forslag på hvordan perfeksjonisme kan forklares ut i fra en angstmodell: streben etter selvpålagt ekstremt høye standarder er et resultat av et driv etter å unngå negativ affekt. Perfeksjonisten forsøker å unngå aktivering av grunnleggende negative skjema om at han eller hun ikke er god nok. Dersom et slikt skjema blir aktivert kan personen oppleve at det vekker et tidligere konfliktmateriale. Dette kan by på utfordringer i terapirommet, da pasienten har klart å unngå negative følelser og tanker ved å opprettholde ekstreme standarder. Unngåelsesatferd og annen sikringsatferd kan generelt sett være vanskelig å få personen til å ville endre på, ettersom personen har erfaring med at dette har vært til hjelp. Dessuten vil konsekvensen for personen være alvorlig fordi unngåelsesatferden har opprettholdt en viss balanse i personens selvfølelse.

En perfeksjonistisk pasient med en psykisk lidelse vil sannsynligvis kreve et mer langvarig terapiforløp grunnet et komplisert sykdomsbilde. Da alliansebyggingen og motiveringsarbeidet for endring kan ta lengre tid enn med andre pasienter vil terapeuten måtte sette av mer tid. Tidsperspektivet for terapien kan følgelig bli en utfordring for terapeuten, da det offentlige hjelpeapparatet ofte har begrensede muligheter for langvarige terapier.

Alliansen. Den terapeutiske alliansen har vist seg å være særdeles viktig for effekten av behandling. Tidligere studier har ikke funnet en tydelig tendens til at en terapiretning gir vesentlig bedre effekt enn andre. Psykoterapiforskningen har de siste årene blitt mer opptatt av fellesfaktorer i terapien. (Axelsen & Hartmann, 2008). Lambert og Barley (2001) oppsummerte forskning på psykoterapiutfall og fant at fellesfaktorer i terapien, eksempelvis alliansen, er viktigere for god effekt av behandling enn hvilken behandlingsmetode som benyttes. 30 % av forbedringen i terapi kan forklares av fellesfaktorer, og 15 % kan forklares av terapeutiske teknikker. En metaanalyse av 79 studier på allianse og utfall av terapi viste at alliansen var moderat relatert til terapiutfall. Effektstørrelsen var ikke stor, men robust over tid (Martin, Garske & Davis, 2000).

En god terapeutisk allianse kjennetegnes blant annet av et emosjonelt bånd preget av varme, gjensidig tillit og fortrolighet (Bordin, 1979). Carl Rogers (1957) vektla ubetinget aksept fra terapeutens side, empati, genuinitet og anerkjennelse som terapeutbetingelser nødvendige for endring hos pasienten. Castonguay, Constantino og Holtforth (2006) foreslo karakteristikker ved terapeuten som var positivt assosiert med gode allianser: eksempelvis varme, fleksibilitet og nøyaktige tolkninger. Brudd i alliansen regnes for å være en naturlig del av terapiprosessen, og reparasjon av slike brudd fremheves som en viktig endringsfaktor for pasienten (Berge et al., 2008).

Studier har vist at perfektjonisme kan være forstyrrende for den terapeutiske alliansen. I en studie av Zuroff et al. (2000) viste resultatene at pasienters bidrag til alliansen medierte effekten av perfektjonisme på behandlingsutfall ved avslutning. Det ble funnet at alliansen ble sterkere utover i behandlingsforløpet for pasienter med lav grad av perfektjonisme. Pasientene med en høy grad av perfektjonisme hadde svakere økning av alliansen mot slutten av behandlingen. Sterkt perfektjonistiske pasienter klarte ikke å delta aktivt i videreutviklingen av den terapeutiske alliansen og den forstyrrede terapeutiske relasjonen førte til dårligere terapierespons. Videre foreslår Zuroff og medarbeidere (2000) at perfektjonistiske pasienter ikke like lett klarer å respondere konstruktivt på forstyrrelser i behandlingsprosessen, slik som alliansebrudd, og derfor ikke klarer å utvikle sterkere terapeutiske allianser.

En annen mulig årsak til at perfektjonister har vanskeligere med å bidra til den terapeutiske alliansen er at de ikke ønsker å avsløre sine feil og mangler. For perfektjonister kan avsløringen av egne feil assosieres med skam og skyld og kan være forbundet til et dårlig selvbilde. Slik kan terapien bære preg av at det foreligger noe usagt i terapirommet, følgelig vil ikke det underliggende problemet belyses.

Utfordringer knyttet til type behandlingstilnærming. Hvilket terapeutisk grunnlag som legges til grunn for behandlingen kan også føre til utfordringer. Intersubjektiv systemterapi er en ustrukturert behandlingstilnærming og kan fremstå som ukontrollerbart for en perfektjonistisk pasient. Denne terapiformen legger opp til at pasienten skal utforske tidlige relasjonelle erfaringer som kan aktivere pasientens konfliktmateriale. Terapeuten kan således møte på motstand dersom pasienten ikke er klar for å bearbeide dette. I tillegg kan pasienten oppleve ambivalens i møte med ideen om et negativt og kritiserende tilbakeblikk på sin oppvekst.

Den kognitive terapien har støtte i forskning (Pleva & Wade, 2007), men det kan likevel være fallgruver forbundet med en slik fremgangsmåte. Terapien støtter seg mye på bruk av skjemaer for utredning og en del skriftlig arbeid i terapien. En perfektjonist kan bli opphengt i selvutfyllingskjemaer, der det blir vanskelig å fylle dem ut ettersom de ønsker å gjøre det perfekt og er svært redd for å svare feil. Selve fundamentet for den kognitive tilnærmingen kan være et paradoks for perfektjonisten. Det å skulle restrukturere kognitive antakelser kan for perfektjonisten fremstå, ikke som et forslag til å gjøre noe annerledes, men som kritikk (Greenspon, 2008). Kritikk impliserer at perfektjonisten er feil, eller har gjort noe feil og han vil dermed investere enda mer tid på å være perfekt.

Likeledes kan det være utfordringer knyttet til å velge andre behandlingsretninger slik som ACT eller MCT. Bruk av MCT kan by på utfordringer for perfeksjonisten med å innta et metaperspektiv da de ofte er svært detaljfokuserte. Dette kan føre til at perfeksjonisten blir frustrert ettersom det kan være enda noe de ikke får til perfekt.

I ACT kan utfordringene innebære at perfeksjonister ofte har et behov for kontroll utover det som er vanlig for andre. Dermed vil det være vanskelig å skulle jobbe mot en større psykologisk fleksibilitet.

Hvordan møte utfordringene i terapien?

For å imøtekomme pasientens ønske om å være den perfekte pasient eller pasientens syn på terapeuten som perfekt, kan terapeuten aktivt benytte seg selv i terapien i form av selvrefleksjon eller selvavsløringer. Selvavsløringer i denne sammenhengen bør handle om temaer der terapeuten ikke er feilfri. Terapeuten kan komme med eksempler på situasjoner der han har gjort en feil på et viktig område i sitt liv. Dette kan bidra til en aksept av at det er mulig å være feilbarlig både som pasient og terapeut. Selvavsløringer og selvrefleksjon kan også gjøre at pasienten opplever det trygt å avsløre sine egne feil og mangler i terapien og kan bidra til gjensidighet i den terapeutiske alliansen.

Hvordan bør terapeuten møte narsissistiske pasienter i terapi? Terapeuten må trå varsomt for ikke å fremstå som kritisk overfor pasienten, da det ofte kan ende med at pasienten blir dypt såret og avslutter terapien. Nancy McWilliams (1994) foreslår at den viktigste egenskapen en terapeut bør ha i møte med narsissistiske personligheter er tålmodighet, da det tar tid å endre en narsissistisk karakterstruktur. Terapeuten bør inneha en lite bedømmende, realistisk holdning til egen sin skrøpelighet for å vise pasienten at ingen er perfekte og at dette er menneskelig og realistisk. I terapi med narsissistiske personligheter er det viktig å be om unnskyldning for eventuelle mangler som oppstår i empatien. Unnskyldningen bekrefter da pasientens opplevelse av feilbehandling og setter et eksempel på hvordan selvfølelsen kan opprettholdes samtidig med en innrømmelse av feil. Her er det viktig med en balansegang, blir terapeuten for selvkritisk signaliserer han at feil bør gjøres sjelden. En annen måte å vise at terapeuten kan ta feil er ved å gi pasienten fortolkninger som han kan bekrefte eller avkrefte. Det krever mye av terapeuten i terapi med narsissistiske personligheter, da en ikke kan være for konfronterende og heller ikke være for enig og forståelsesfull i narsissistens kritikk av andre.

Perfeksjonisme forklart som unngåelsesatferd for ikke å aktivere negative tanker og følelser om hvorvidt man er god nok kan by på utfordringer i terapien. Hvordan møter man dette i behandling? Dersom terapeuten opplever det slik at visse atferder er mer til byrde for pasienten enn til hjelp, kan det være lurt å konfrontere pasienten med denne tanken. Konfrontering bør gjøres på en forsiktig måte slik at ikke pasienten opplever det som kritikk. Et forslag er å stille pasienten gode spørsmål om hva de har oppnådd med atferden, på en nysgjerrig og lite dømmende måte. Terapeuten kan spørre om pasienten er villig til å forsøke andre måter å forholde seg til negative tanker og følelser på, uten å presse pasienten til å møte sin egen frykt.

Motstand mot endring av perfeksjonistisk atferd kan stamme fra bekymringer om hvilke konsekvenser som vil oppstå dersom personen endrer på strenge og rigide standarder. En psykodynamisk orientert terapeut vil kanskje argumentere for at terapeutens rolle ikke handler om å motivere til endring, men la pasienten selv komme frem til sitt eget svar i løpet av terapien. En kognitiv terapeut vil stille spørsmål til pasienten for å motivere til endring, eksempelvis ved at pasienten skal oppgi fordeler og ulemper med nåværende atferd og se hva atferden fører til. En kognitiv terapeut vil i større grad enn en psykodynamisk terapeut bruke bevisstgjøring for å motivere pasienten til endring.

Ettersom den terapeutiske alliansen er med på å avgjøre effekten av behandlingen, er det viktig å etablere en god allianse tidlig i terapien. Det er derfor avgjørende å være oppmerksom på tidlige alliansebrudd, og forsøke å reparere dem med en gang de oppstår, slik at ikke pasienten avslutter terapien. Reparering av alliansebrudd bør være terapeutens ansvar, og det bør gjøres på en slik måte at pasienten ikke tror han eller hun har gjort noe feil. Terapeuten bør ha en aksepterende, lite bedømmende og støttende holdning for å skape et miljø som lar pasienten utfordre sine grunnleggende negative antakelser. Pasienten vil, etterhvert som det etableres en god allianse, klare å avsløre personlig informasjon uten frykt for å bli avvist eller kritisert av terapeuten. I terapi med perfeksjonistiske pasienter er det viktig å følge med på alliansen gjennom hele terapien, da forskning har vist at perfeksjonister sliter med å opprettholde alliansen som etableres i starten av terapien (Zuroff et al., 2000).

Valg av behandlingsretning kan også være en utfordring i behandling av pasienter med perfeksjonisme. Forskningen viser støtte til den tradisjonelle kognitive retningen. Imidlertid har vi vist flere retninger som kan brukes i terapi rettet mot perfeksjonisme. Hvilken behandlingsmetode som er best egnet vil variere fra pasient til pasient, avhengig av alvorlighetsgrad på symptomer og på hvilken måte perfeksjonisme uttrykkes. Generelt vil det

være hensiktsmessig å benytte seg av terapeutiske intervensjoner rettet mot perfektjonisme ettersom de har en så stor assosiasjon med psykisk lidelse. Behandlingsformene MCT, ACT og intersubjektiv terapi kan benyttes som en mer generell tilnærming til behandling. Dermed blir det mindre viktig i hvilken rekkefølge tilstander skal behandles og hvorvidt man skal fokusere på perfektjonisme eksplisitt i behandlingen. I MCT og ACT kan terapeuten jobbe på et høyere nivå uten å gå inn i rasjonaler for og innhold i ulike tanker.

Terapi med perfektjonistiske pasienter kan være tidkrevende. Terapeuten bør derfor gi pasienten mer tid til å etablere en god allianse. For å imøtekomme tidspress på en arbeidsplass kan det være nyttig å benytte strukturerte terapiformer som har et visst antall timer, og presisere dette ved første møte med pasienten. Tidspress kan være med på å “skjerpe” terapeuten i behandlingsprosessen. Likevel foreslår vi at terapeuten bør rydde plass til en mer langvarig terapi for å unngå at pasienten avslutter terapien for tidlig. Pasienten får da mulighet til å endre på atferden og tankegangen med støtte og veiledning fra terapeuten.

Avsluttende kommentarer

Perfektjonisme kan fremstå som et omfattende og vanskelig definerbart konstrukt. Likevel finnes det noen fellestrekk ved de ulike forståelsesrammene for fenomenet perfektjonisme. Ekstreme og uoppnåelige standarder samt et ønske om å være feilfri er kjennetegn som går igjen. Uavhengig av de forskjellige definisjonene er det liten tvil om at perfektjonisme er assosiert med psykiske vansker.

En viktig konsekvens av dette er at terapeuter og klinikere bør være bevisst perfektjonismens eksistens og hvordan den innvirker på behandling. Dette fordi perfektjonisme kan forhindre et vellykket behandlingsresultat i tillegg til at det kan påvirke alliansen. For å forbedre terapiens utgangspunkt kan det være aktuelt å måle perfektjonisme i en diagnostisk prosess. Klinikere bør også være klar over at perfektjonisme kan være årsak til alliansebrudd i terapien. Flere ulike terapiretninger er mulig å bruke i behandling av perfektjonisme. Generelt sett bør terapeuten fokusere på alliansebygging og gi pasienten tid til å få kontakt med sine grunnleggende negative antagelser om seg selv. En eklektisk tilnærming til behandling, i kombinasjon med en fleksibel og sensitiv terapeut, vil sannsynligvis gi et godt behandlingsresultat for en perfektjonistisk pasient.

Vi har foreslått allerede kjente terapiretninger som kan anvendes i behandlingen av perfektjonisme. Det vil være interessant å undersøke effekten av MCT og ACT for behandling av perfektjonisme gjennom randomiserte kontrollerte studier. Andre interessante

undersøkelser kan være hvorvidt de psykologiske forklaringsmodellene beskrevet tidligere har empirisk støtte.

Referanser

Alloy, L., Abrahamson, L. Y., Walshaw, P. D., Gerstein, R. K., Keyser, J. D., Whitehouse, W. G., et al. (2009). Behavioral Approach System (BAS) - Relevant cognitive styles and bipolar spectrum disorders: Concurrent and prospective associations. *Journal of Abnormal Psychology, 118*, 459-471.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - text revision (4. utg.): DSM-IV-TR*. Arlington: American Psychiatric Association.

Antony, M. M., Purdon, C. L., Huta, V. & Swinson, R. P. (1998). Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 1143-1154.

Axelsen, E. D. & Hartmann, E. (2008). *Veier til forandring: Virksomme faktorer i psykoterapi*. Oslo: Cappelen Damm As.

Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S. & Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: current status and future directions. *Clinical Psychology Review, 27*, 384-405.

Berge, T. & Repål, A. (2010). *Den indre samtalen: Lær deg kognitiv terapi (3.utg.)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Berge, T., Repål, A., Ryum, T. & Samoilow, D. K. (2008). Behandlingsalliansen i kognitiv terapi. I: Berge, T. & Repål, A. (red.). *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bergman, A. J., Nyland, J. E. & Burns, L. R. (2007). Correlates with perfectionism and the utility of a dual process model. *Personality and Individual Differences, 43*, 389-399.

Bieling, P. J., Summerfeldt, L. J., Israeli, A. L & Antony, M. M. (2004). Perfectionism as an explanatory construct in comorbidity of axis I disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment, 26*, 193-201.

Blankstein, K. R., Flett, G. L., Hewitt, P. L. & Eng A. (1993). Dimensions of perfectionism and irrational fears: an examination with the fear survey schedule. *Personality and Individual Differences*, 15, 323-328.

Bollen, E. & Wojciechowski, F. L. (2004). Anorexia nervosa subtypes and the big five personality factors. *European Eating Disorders Review*, 12, 117-121.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.

Borge, F-M. & Hoffart, A. (2008). Sosial angstlidelse. I: Berge, T. & Repål, A.(Red.). *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Branfman, T. & Bergler, E. (1955). Psychology of “perfectionism”. *American Imago*, 12, 9-15.

Brown, G. P. & Beck, A. T. (2002). Dysfunctional attitudes, perfectionism, and models of vulnerability to depression. I: Flett, G. L. & Hewitt, P. L. (Eds.). *Perfectionism: Theory, Research and Treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.

Brown, A. T., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R. & Mancill, R. B. (2001). Current and Lifetime Comorbidity of the *DSM-IV* Anxiety and Mood Disorders in a Large Clinical Sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585-599.

Burns, D. D. (1980). The perfectionist’s script for self-defeat. *Psychology Today*, 34-52.

Castonguay, L. G., Constantino, M. J. & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 271-279.

Chik, H. M., Whittal, M. L. & O’Neill, M. L. (2008). Perfectionism and treatment outcome in obsessive compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 676-688.

Cloninger, C. R., Bayon, C. & Svrakic, D. M. (1998). Measurement of temperament and character in mood disorders: a model of fundamental states as personality types. *Journal of Affective Disorders*, 51, 21-32.

Cloninger, C. R., Svrakic, N. M. & Svrakic, D. M. (1997). Role of personality self-organization in development of mental order and disorder. *Development and Psychopathology*, 9, 881-906.

Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., Zuroff, D. C., Lecce, S. & Hui, D. (2006). Self-Critical and Personal Standards factors of perfectionism located within the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 40, 409-420.

Egan, S. J. & Hine, P. (2008) Cognitive behavioural treatment of perfectionism: a single case experimental design series. *Behaviour Change*, 25, 245-258.

Egan, S. J., Piek, J. P., Dyck, M. J. & Rees, C. S. (2007). The role of dichotomous thinking and rigidity and perfectionism. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1813-1822.

Egan, S. J., Wade, T. D. & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31, 203-212.

Egan, S. J., Watson, H. J., Kane, R.T., McEvoy, P., Fursland A. & Nathan, P.R. (2013). Anxiety as a mediator between perfectionism and eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, doi:10.1007/s10608-012-9516-x.

Ellis, A. (2002). The role of irrational beliefs in perfectionism. I: Flett, G. L. & Hewitt, P. L. (Eds.). *Perfectionism: Theory, Research and Treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.

Enns, M. W., Cox, B. J. & Clara, I. (2002). Adaptive and maladaptive perfectionism: Developmental origins and association with depression proneness. *Personality and Individual Differences*, 33, 921-935.

Fisher, P. & Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy: Distinctive features*. London: Routledge.

Flett, G. L. & Hewitt, P. L. (2006). Positive versus negative perfectionism in psychopathology: A comment on Slade and Owen's dual process model. *Behavior Modification*, 30, 472-495.

Flett, G. L. & Hewitt, P. L. (2002). Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues. I: Flett, G. L. & Hewitt, P. L. (Eds.). *Perfectionism: Theory, Research and Treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.

Flett, G. L., Hewitt, P. L., Oliver, J. M. & Macdonald, S. (2002). Perfectionism in children and their parents: A developmental analysis. I: Flett, G. L. & Hewitt, P. L. (Eds.). *Perfectionism: Theory, Research and Treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.

Frost, R.O., Glossner, K & Maxner, S. (2010) Social anxiety disorder and its relationship to perfectionism. I Hofman, G. S & DiBartolo, P. M. (Eds.). *Social anxiety: clinical, developmental, and social perspectives*. (pp. 119-145). London, UK: Elsevier.

Frost, R.O., Marten, P., Lahart, C. & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive therapy and research*, 14, 449-468.

Frost, R. O. & Marten DiBartolo, P. (2002). Perfectionism, anxiety, and obsessive-compulsive disorder. I Flett, G. L. & Hewitt, P. L. (Eds.). *Perfectionism: Theory, Research and Treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.

Frost, R. O. & Steketee, G. (1997). Perfectionism in Obsessive-Compulsive Disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 291-296.

Frost, R. O., Steketee, G., Cohn, L. & Griess, K. (1994). Personality traits in subclinical and

non-obsessive-compulsive volunteers and their parents. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 47-56.

Glover, D. S., Brown, G. P., Fairburn, C. P. & Shafran, R. (2007). A preliminary evaluation of cognitive-behaviour therapy for clinical perfectionism: A case series. *British journal of clinical psychology*, 46, 85-94.

Goldner, E. M., Cockell, S. J. & Srikaneswaran, S. (2002) Perfectionism and eating disorders. I Flett, G. L. & Hewitt, P. L. (Eds.). *Perfectionism: Theory, Research and Treatment* (pp. 319-340). Washington, DC: American Psychological Association.

Greenspon, T. S. (2000) "Healthy perfectionism" is an oxymoron! *Journal of secondary gifted education*, 11, 197-209.

Greenspon, T. S. (2008). Making sense of error: a view of the origins and treatment of perfectionism. *American Journal of Psychotherapy*, 62, 263-282.

Hagen, R., Johnson, S. U., Rognan, E. & Hjemdal, O. (2012). Mot en felles grunn: En transdiagnostisk tilnærming til psykologisk behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, 247-252.

Halmi, K. A., Tozzi, F., Thornton, L. M., Crow, S., Fichter, M. M., Kaplan, A. S., et al. (2005). The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 371-374.

Hamachek, D. E. (1978). The psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 15, 27-33.

Harris, R. (2012). *Lykkefellen*. (Oversatt av Monssen, T.). Arneberg Forlag.

Hayes, S. C. & Pierson, H. (2005). Acceptance and commitment therapy. I: Freeman, A.,

Felgoise, S. H., Nezu, C. M., Nezu, A. M., & Reinecke, M. A. (Editors). *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy* (pp 1-4). Springer US (eBook).

Heimberg, R. G., Harlan, R. J., Hope, D. A. & Mattia, J. I. (1995). Cognitive-behavioural group treatment: description, case presentation, and empirical support. I Stein, M. B. (Ed.). *Social Phobia, Clinical and Research Perspectives*. Washington: American Psychiatric Press.

Hewitt, P. L. & Flett, G. L. (1991a). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of personality and social psychology*, 60, 456-470.

Hewitt, P. L. & Flett, G. L. (1991b). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 98-101.

Hewitt, P. L., Flett, G. L. & Ediger, E. (1996). Perfectionism and depression: Longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 276-280.

Hewitt, P. L., Flett, G. L. & Weber, C. (1994). Dimensions of perfectionism and suicide ideation. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 439-460.

Hewitt, P. L., Norton, G. R., Flett, G. L., Callander, L. & Cowan, T. (1998). Dimensions of perfectionism, hopelessness, and attempted suicide in a sample of alcoholics. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28, 395-406.

Hjemdal, O. & Hagen, R. (2012). Metakognitiv terapi ved depresjon. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, 59-63.

Horney, K. (1950). *Neurosis and Human Growth: The Struggle Toward Self-Realization*. New York: W. W. Norton & Company Inc.

Iketani, T., Kiriike, N., Stein, M. B., Nagao, K., Nagata, T., Minamikawa, N., Shidao, A. &

Fukuhara, H. (2002). Relationship between perfectionism and agoraphobia in patients with panic disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 31, 119-128.

Jones, L, Scott, J., Haque, S., Gordon-Smith, K., Heron, J., Caesar, S., Cooper, C., Forty, L., et.al. (2005). Cognitive style in bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, 187, 431-437.

Juster, H. R., Heimberg, R. G., Frost, R. O., Holt, C. S., Mattia, J. I. & Faccenda, K. (1996). Social phobia and perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 21, 403-409.

Kobori, O., Yamagata, S. & Kijima, N. (2005). The relationship of temperament to multidimensional perfectionism trait. *Personality and Individual Differences*, 38, 203-211.

Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 38, 357-361.

Lilenfeld, L. R. R., Stein, D., Bulik, C. M., Strober, M., Plotnicov, K., Pollice, C., Rao, R., Merikangas, K. R., Nagy, L. & Kaye, W. H. (2000). Personality traits among current eating disordered, recovered and never ill first-degree female relatives of bulimic and control women. *Psychological Medicine*, 30, 1399-1410.

Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A metaanalytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.

McCown, W. G. & Carlson, G. (2004). Narcissism, perfectionism, and self-termination from treatment in outpatient cocaine users. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 22, 329-340.

McCrae, R. R. & Costa Jr., P. T. (2008). The Five-Factor theory of personality. Kapittel 5 i: John, O. P., Robins, R. W. & Pervin, L. A. (Eds.). *Handbook of Personality: Theory and Research*, 3rd edition. New York: The Guilford Press.

McCrae, R. R. & John, O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*, 60, 175-215.

McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. New York: The Guilford Press.

Melle, I., Johansen, R. & Malt, U. F. (2012). Psykososiale og kulturelle aspekter ved psykiske lidelser. I: Malt, U. F., Andreassen, O. A., Melle, I. & Årslund, D. (red.). *Lærebok i psykiatri (3.utg.)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Orange, D. M. (1995). *Emotional Understanding: Studies in psychoanalytic epistemology*. New York: The Guilford Press.

Pleva, J. & Wade, T. D. (2007). Guided self-help versus pure self-help for perfectionism: A randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 849-861.

Rice, K. G., Ashby, J. S. & Slaney, R. B. (2007). Perfectionism and the five-factor model of personality. *Assessment*, 14, 385-398.

Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.

Sassaroli, S., Lauro, L. J. R., Ruggiero, G. M., Mauri, M. C., Vinai, P. & Frost, R. (2008). Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 757-765.

Shafran, R., Cooper, Z. & Fairburn C. G. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773-791.

Shafran, R. & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 21, 879-906.

Shafran, R., Wade, T.D. & Egan, S. J. (2010). *Overcoming perfectionism: A self-help guide using cognitive behavioral techniques*. London: Constable & Robinson.

Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65, 98-109.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken. Sinn-kropp-samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Slade, P. D. & Owens, R. G. (1998). A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. *Behavior Modification*, 22, 372-390.

Smout, M. F., Hayes, L., Atkins, P. W. B., Klausen, J. & Duguid, J. E. (2012). The empirically supported status of acceptance and commitment therapy: An update. *Clinical Psychologist*, 16, 97-109.

Sorotzkin, B. (1985). The quest for perfection: Avoiding guilt or avoiding shame? *Psychotherapy*, 22, 564-571.

Sorotzkin, B. (1998). Understanding and treating perfectionism in religious adolescents. *Psychotherapy*, 35, 87-95.

Speirs Neumeister, K. L. & Finch, H. (2006). Perfectionism in high-ability students: Relational precursors and influences on achievement motivation. *Gifted Child Quarterly*, 50, 238-251.

Terry-Short, L.A., Owens, R. G., Slade, P. D. & Dewey, M. E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 18, 663-668.

Wells, A. (2009). *Metakognitiv terapi for angst og depresjon*. (Oversatt av Sjøbu, A.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

WHO (1992). *ICD-10 - Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Sotsky, S. M., Krupnick, J. L., Martin, D. J., Sanislow, C. A. & Simmens, S. (2000). Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 114-124.